

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y**  
**SOCIOLOGÍA**



**LA CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE**  
**SALUD EN URUGUAY (2005-2012) : IMPULSO REFORMISTA**  
**CON FRENO DESDE LOS PUNTOS Y ACTORES DE VETO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**  
**PRESENTADA POR**

Guillermo Fuentes González

Bajo la dirección del doctor

Xavier Ballart

**MADRID, 2013**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN  
ORTEGA Y GASSET

Programa de Doctorado  
Gobierno y Administración Pública

TESIS DOCTORAL

**La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud  
en Uruguay (2005-2012): impulso reformista con freno  
desde los puntos y actores de veto**

Guillermo Fuentes González

Director  
Dr. Xavier Ballart

Madrid  
Abril de 2013

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN: PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN, MODELO TEÓRICO Y MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>6</b>
<i>I.1. Tema, pregunta principal y preguntas secundarias de la investigación .....</i>	<i>6</i>
<i>I.2. Relevancia del caso y del tema de estudio .....</i>	<i>11</i>
<i>I.3. Aproximaciones teóricas adoptadas .....</i>	<i>14</i>
<i>I.4. Metodología a seguir .....</i>	<i>16</i>
<i>I.5. Estructura de la tesis .....</i>	<i>19</i>
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO: EL NEOINSTITUCIONALISMO Y SU VERTIENTE HISTÓRICA COMO ENFOQUE DE ANÁLISIS .....</b>	<b>22</b>
<i>II.1. Introducción .....</i>	<i>22</i>
<i>II.2. El Neoinstitucionalismo: evolución y principales características .....</i>	<i>24</i>
<i>II.3. El Institucionalismo Histórico dentro de “los tres institucionalismos” .....</i>	<i>26</i>
<i>II.3.1. Institucionalismo Racional .....</i>	<i>27</i>
<i>II.3.2. Institucionalismo Sociológico .....</i>	<i>28</i>
<i>II.3.3. Institucionalismo Histórico.....</i>	<i>29</i>
<i>II.3.3.a. Elementos centrales del IH “clásico” .....</i>	<i>35</i>
<i>II.3.3.b. Problemas del modelo de Path Dependence .....</i>	<i>38</i>
<i>II.4. Tipos de cambio institucional gradual .....</i>	<i>42</i>
<i>II.4.1. Reemplazo o Displacement.....</i>	<i>42</i>
<i>II.4.2. Cambio por Capas o Layering .....</i>	<i>42</i>
<i>II.4.3. Desvío o Drift .....</i>	<i>43</i>
<i>II.4.4. Transformación o Conversion .....</i>	<i>44</i>
<i>II.5. Los actores que propician el cambio gradual de las instituciones .....</i>	<i>44</i>
<i>II.6. Recapitulación .....</i>	<i>46</i>
<b>CAPÍTULO III. RÉGIMENES DE BIENESTAR CORPORATIVOS: CARACTERIZACIÓN, CRISIS Y REFORMA....</b>	<b>49</b>
<i>III.1 - Introducción .....</i>	<i>49</i>
<i>III.2. El EB en un mundo complejo.....</i>	<i>50</i>
<i>III.3. Conceptualización del Estado de Bienestar.....</i>	<i>52</i>
<i>III.4. Ampliación, crisis y reforma de los EB.....</i>	<i>59</i>
<i>III.5. Las reformas de bienestar en los Estados o Regímenes Corporativos .....</i>	<i>67</i>
<i>III.5.1. Regímenes Corporativos en Europa del Sur .....</i>	<i>70</i>
<i>III.6. Recapitulación.....</i>	<i>73</i>
<b>CAPÍTULO IV. RÉGIMENES DE BIENESTAR EN AMÉRICA LATINA Y CONSTRUCCIÓN DEL ESTADO SOCIAL EN URUGUAY .....</b>	<b>74</b>
<i>IV.1. El Estado de Bienestar en América Latina .....</i>	<i>74</i>
<i>IV.1.1. Tipologías de Regímenes de Bienestar en América Latina .....</i>	<i>76</i>
<i>IV.1.2. Evolución y reformas en los regímenes de universalismo estratificado .....</i>	<i>81</i>
<i>IV.2. Construcción y desarrollo del Estado y del sistema de protección social en Uruguay.....</i>	<i>88</i>
<i>IV.3. Recapitulación .....</i>	<i>95</i>
<b>CAPÍTULO V. EL ROL DEL ESTADO COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS PÚBLICOS: MODELOS E INSTRUMENTOS DE GESTIÓN PÚBLICA .....</b>	<b>97</b>
<i>V.1. Introducción .....</i>	<i>97</i>

<i>V.2. El Estado como actor autónomo .....</i>	<i>97</i>
<i>V.3. El “brazo ejecutor” del Estado: la Burocracia y sus intentos de reforma .....</i>	<i>100</i>
<i>V.4. Modelos Posburocráticos de Gestión Pública .....</i>	<i>104</i>
<i>V.4.1. Nueva Gestión Pública.....</i>	<i>112</i>
<i>V.4.2. Corrientes de reforma alternativas: Neoweberianismo y New Public Governance.....</i>	<i>118</i>
<i>V.5. Servicios sanitarios como bienes públicos: razones para la intervención del Estado .....</i>	<i>120</i>
<i>V.6. Instrumentos de gestión y provisión de los servicios sanitarios .....</i>	<i>123</i>
<i>V.6.1. Copagos .....</i>	<i>124</i>
<i>V.6.2. Vales, Bonos, Cheques .....</i>	<i>127</i>
<i>V.6.3. Incentivos o pagos por desempeño .....</i>	<i>129</i>
<i>V.6.4. Formas de pago a los prestadores.....</i>	<i>130</i>
<i>V.6.5. Formas de pago a los trabajadores médicos .....</i>	<i>132</i>
<i>V.7. Recapitulación .....</i>	<i>133</i>
<b>CAPÍTULO VI. SISTEMAS DE SALUD: DIFERENTES TIPOS Y TENDENCIAS DE REFORMA EN AMÉRICA LATINA.....</b>	<b>135</b>
<i>VI.1. Introducción .....</i>	<i>135</i>
<i>VI.2. Sistemas de salud: tipos y principales características .....</i>	<i>137</i>
<i>VI.3. Sistemas de salud y Regímenes de Bienestar .....</i>	<i>145</i>
<i>VI.4. Reformas de los sistemas de atención sanitaria en América Latina .....</i>	<i>147</i>
<i>VI.4.1. Tipologías de los sistemas de salud en la región .....</i>	<i>147</i>
<i>VI.4.2. Caracterización de los sistemas de salud previos a las oleadas de reformas .....</i>	<i>151</i>
<i>VI.4.3. La propuesta de reforma sanitaria del Banco Mundial .....</i>	<i>154</i>
<i>VI.5. Reformas en los sistemas de salud latinoamericanos (1980-2010).....</i>	<i>155</i>
<i>VI.5.1. La reforma de la salud en Chile.....</i>	<i>157</i>
<i>VI.5.2. La reforma de la salud en Brasil .....</i>	<i>160</i>
<i>VI.5.3. La reforma de la salud en Colombia .....</i>	<i>162</i>
<i>VI.6. Recapitulación .....</i>	<i>164</i>
<b>CAPÍTULO VII. LA POLÍTICA SANITARIA EN URUGUAY ANTES DEL SNIS (1850-2004) .....</b>	<b>166</b>
<i>VII.1. Introducción .....</i>	<i>166</i>
<i>VII.2. Conformación de un sistema de atención sanitaria: mutualismo y primeras intervenciones estatales (finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX) ..</i>	<i>167</i>
<i>VII.3. El rol del Ministerio de Salud Pública en la primera mitad del siglo XX .....</i>	<i>173</i>
<i>VII.4. Décadas del 50 y 60: intentos de reforma y crisis del sistema .....</i>	<i>179</i>
<i>VII.4.1. Propuestas de creación de Seguros o Sistemas Nacionales de salud .....</i>	<i>183</i>
<i>VII.4.2. Crisis del sector y quiebre democrático .....</i>	<i>186</i>
<i>VII.5. La reinstauración de la democracia: nuevos intentos de reforma del sector .....</i>	<i>191</i>
<i>VII.6. Recapitulación .....</i>	<i>201</i>
<b>CAPÍTULO VIII. EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD: CONTEXTO DE SURGIMIENTO, PROCESO POLÍTICO Y PRIMEROS AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN .....</b>	<b>204</b>
<i>VIII.1. Introducción .....</i>	<i>204</i>
<i>VIII.2. El sector salud en Uruguay antes del SNIS.....</i>	<i>206</i>
<b>VIII.2.2 PROVISIÓN: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN Y CAPACIDADES INSTITUCIONALES EXISTENTES PREVIO A LA REFORMA .....</b>	<b>211</b>
<i>VIII.2.2.a. Red pública de atención sanitaria.....</i>	<i>211</i>
<i>VII.2.2.b. Red privada de atención sanitaria .....</i>	<i>212</i>

VII.2.2.c. Recursos Humanos .....	213
VII.2.3.d. Rectoría: rol del MSP .....	214
VII.2.4.e. Gasto y financiamiento en salud .....	215
<i>VIII.3. Propuestas de cambio de los partidos políticos y diferentes actores extrapartidarios .....</i>	<i>217</i>
<i>VIII.4. Proceso político de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud .....</i>	<i>219</i>
VIII.4.1. DESCENTRALIZACIÓN DE ASSE .....	223
VII.4.2. FONASA.....	225
VIII.4.3. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.....	227
<i>VIII.5. Implementación: avances y bloqueos .....</i>	<i>231</i>
VIII.5.1. FINANCIAMIENTO Y COBERTURA .....	232
VIII.5.2. MODELO DE ATENCIÓN .....	235
VIII.5.3. MODELO DE GESTIÓN .....	241
<i>VII.6. Recapitulación .....</i>	<i>247</i>
<b>CAPÍTULO IX: LA CREACIÓN DEL SNIS EN URUGUAY: UN CAMBIO ¿ESTRUCTURAL? .....</b>	<b>249</b>
<i>IX.1. El sistema de salud uruguayo como ejemplo de tenacidad institucional .....</i>	<i>249</i>
<i>IX.2. Cambios graduales en contexto de crisis permanente .....</i>	<i>252</i>
<i>IX.3. Gran coalición para pequeños cambios .....</i>	<i>255</i>
<i>IX.4. La importancia del estilo de la reforma .....</i>	<i>259</i>
<i>IX.5. ¿Un nuevo Estado en materia sanitaria? .....</i>	<i>260</i>
<i>IX.6. Consideraciones finales .....</i>	<i>264</i>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>268</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA .....</b>	<b>273</b>
DESCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS .....	288
<b>ANEXO 1 – RESUMEN EN INGLÉS.....</b>	<b>289</b>
<b>ANEXO 2: PAUTA ORIENTADORA DE LAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>311</b>
AGRADECIMIENTOS: .....	316

## ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

---

FIGURA 1. LÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
FIGURA 2. TIPOS DE CAMBIO INSTITUCIONAL.....	40
FIGURA 3. TIPOS DE CAMBIO Y AGENTES QUE LOS PROMUEVEN .....	46
CUADRO 1. EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL COMO % DEL PIB EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE (1960-2007) .....	59
CUADRO 2. CONDICIONANTES POLÍTICOS DE LAS REFORMAS DE BIENESTAR .....	67
CUADRO 3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS REGÍMENES DE BIENESTAR.....	79
CUADRO 4. DIMENSIONES DE REFORMA ADMINISTRATIVA Y MODELOS DE CAMBIO .....	112
CUADRO 5. LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL COSTE DE LOS SISTEMAS SANITARIOS DE ALGUNOS PAÍSES DE EUROPA OCCIDENTAL .....	127
CUADRO 6. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES MECANISMOS DE PAGO .....	131
CUADRO 7. CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS BISMARCK Y BEVERIDGE DE ATENCIÓN SANITARIA .....	140
CUADRO 8. CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE ACUERDO A PARTICIPACIÓN DEL ESTADO, EL MERCADO Y LA SOCIEDAD CIVIL EN LAS FUNCIONES DE REGULACIÓN, FINANCIAMIENTO Y PROVISIÓN .....	143
CUADRO 9. RELACIÓN ENTRE TIPOLOGÍAS DE BIENESTAR Y DE SISTEMAS DE SALUD .....	145
CUADRO 10. SISTEMAS DE SEGUROS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA .....	149
CUADRO 11. TIPOLOGÍA DE LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA .....	149
CUADRO 12. OBJETIVOS DE LAS DIFERENTES OLEADAS DE REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA (1980-2010) .....	156
CUADRO 13. PRINCIPALES PROYECTOS DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD PRESENTADOS EN EL PERÍODO 1930 - 2000.....	202
CUADRO 14. PORCENTAJES DE COBERTURA SANITARIA DE LA POBLACIÓN, SEGÚN UTILIZACIÓN DE SERVICIOS. AÑO 2006 .....	207
CUADRO 15. CAPACIDAD INSTALADA EN ASSE Y LAS IAMC ANTES DE LA REFORMA (2006) .....	212
GRÁFICO 1: CUOTAS ABONADOS/ AFILIADOS (1995-2004). ÍNDICE BASE 100 - 1995 .....	215
GRÁFICO 2. TASAS MODERADORAS TICKETS/AFILIADOS (1995-2004). ÍNDICE BASE 100 - 1995 .....	216
GRÁFICO 3. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL.....	233

## **CAPÍTULO I. Introducción: preguntas de investigación, modelo teórico y marco metodológico**

### **I.1. Tema, pregunta principal y preguntas secundarias de la investigación**

Un problema central en la ciencia política de los últimos treinta años ha sido el de analizar los fundamentos y las formas en que han evolucionado y se han transformado las diferentes configuraciones de los Estados y/o Regímenes de Bienestar. En particular, si bien desde el punto de vista del discurso las últimas décadas han mostrado la hegemonía de la doctrina neoliberal tanto a nivel político como económico, lo cierto es que diferentes trabajos (Esping-Andersen, 1990; Evans, 1996; Muñoz del Bustillo, 2000; Pierson, 2001; Swank, 2002) han demostrado que a pesar de esta convergencia en relación a las problemáticas a las que deben hacer frente, las respuestas individuales de los distintos países continúan siendo sustancialmente diferentes entre sí. Incluso en América Latina, quizás la región donde en mayor medida han permeado las ideas y modelos neoliberales durante la década del ochenta y del noventa del siglo pasado, la existencia de particularidades internas a cada país determinó que la profundidad y el posterior éxito o fracaso de las iniciativas de reforma fueran bien diferentes.

6

---

En este sentido, y de particular importancia para esta investigación, dichas preocupaciones aparecen asociadas a ciertos cuestionamientos que han recibido las teorías neoinstitucionalistas, en relación a su dificultad para trascender las explicaciones e interpretaciones del surgimiento y consolidación de las instituciones, y por lo tanto, poder aportar información relevante sobre los procesos de cambio institucional. En este sentido, dentro del análisis de los procesos de cambio de las políticas públicas, destaca entre otras cosas la importancia de la historia en la comprensión de las diferentes trayectorias de las mismas: toda política pública se encuentra asociada a la elección de los actores involucrados – ya sea de objetivos o de instrumentos por ejemplo – y toda elección es realizada en contextos históricos determinados e influidos por las decisiones que hayan sido tomadas en el pasado (Kay, 2006).

Así, gran parte de la literatura generada a partir de mediados de la década del ochenta del siglo pasado y asociada a estos temas, se centró en intentar entender los diferentes procesos de desmantelamiento de los Estados de Bienestar, y el avance de las lógicas más privatistas y residuales de protección social. En los países europeos y las demás naciones con desarrollo humano alto, a pesar de cierto retorno discursivo en los últimos años a favor de un rol más activo del Estado en la regulación de la economía e intervención en materia de protección social, lo cierto es que las reformas

adoptadas en las últimas décadas en materia de beneficios sociales y protección, han estado orientadas en su mayoría a los recortes<sup>1</sup>. Es por este motivo que buena parte de las investigaciones realizadas sobre estos países mantengan como objeto de estudio en mayor o menor medida las políticas de desmantelamiento de las matrices de Bienestar.

Sin embargo, el cambio de siglo ha traído aparejado, al menos hasta el momento, diferencias en dicha tendencia para otros casos. El siglo XXI en regiones como América Latina, especialmente en países de renta media y desarrollo humano “alto” en el contexto regional, donde existen matrices de bienestar fuertemente institucionalizadas – como Uruguay –; ha traído aparejada una tendencia hacia el fortalecimiento y la ampliación de diferentes políticas asociadas al bienestar de la población en general, y a la asistencia de la población de menores recursos en particular. Dentro de esta tendencia, perfectamente podría ser tomada como ejemplo la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay a partir del año 2007.

Esta reforma planteó, tanto desde su formulación inicial como durante su posterior aprobación parlamentaria, una serie de cambios de carácter estructural en un sector tan relevante para la arquitectura de bienestar de cualquier país como es la atención sanitaria de su población, y además presentó una serie de principios comunes con otras reformas sectoriales que el gobierno del Frente Amplio (FA) planteó en su primera legislatura – desarrollo social y relaciones laborales por ejemplo – y que en conjunto parecen plantear un intento de transformación de la matriz de bienestar, pasando en términos de Esping Andersen (1990) de un régimen de corte corporativo-conservador, a un sistema universalista y desmercantilizador, con todas las implicaciones que un cambio de este tipo trae aparejado en materia de coaliciones de apoyo, resistencias, bloqueos, nivel de cobertura del servicio, forma de financiamiento y grados y tipos de intervención del poder estatal, entre otras.

Los hechos mencionados despiertan el interés acerca de si efectivamente estos intentos de reforma lograron abrirse paso, o si por el contrario, las estructuras e intereses creados en torno al sistema existente terminaron finalmente bloqueando o matizando estos cambios. En este sentido, la pregunta principal que se intentará responder en esta investigación es la siguiente: **¿La construcción de un SNIS en Uruguay implicó efectivamente un avance hacia un cambio sustantivo en la matriz de bienestar del país?**

---

<sup>1</sup> Simplemente a partir de un relevamiento periódico de la prensa en los últimos meses, se puede dar cuenta claramente de una gran cantidad de protestas sociales en países como Portugal, España, Irlanda o Inglaterra, como reacción a diversas políticas de austeridad fiscal y recorte de beneficios sociales que los diferentes gobiernos europeos han estado adoptando.



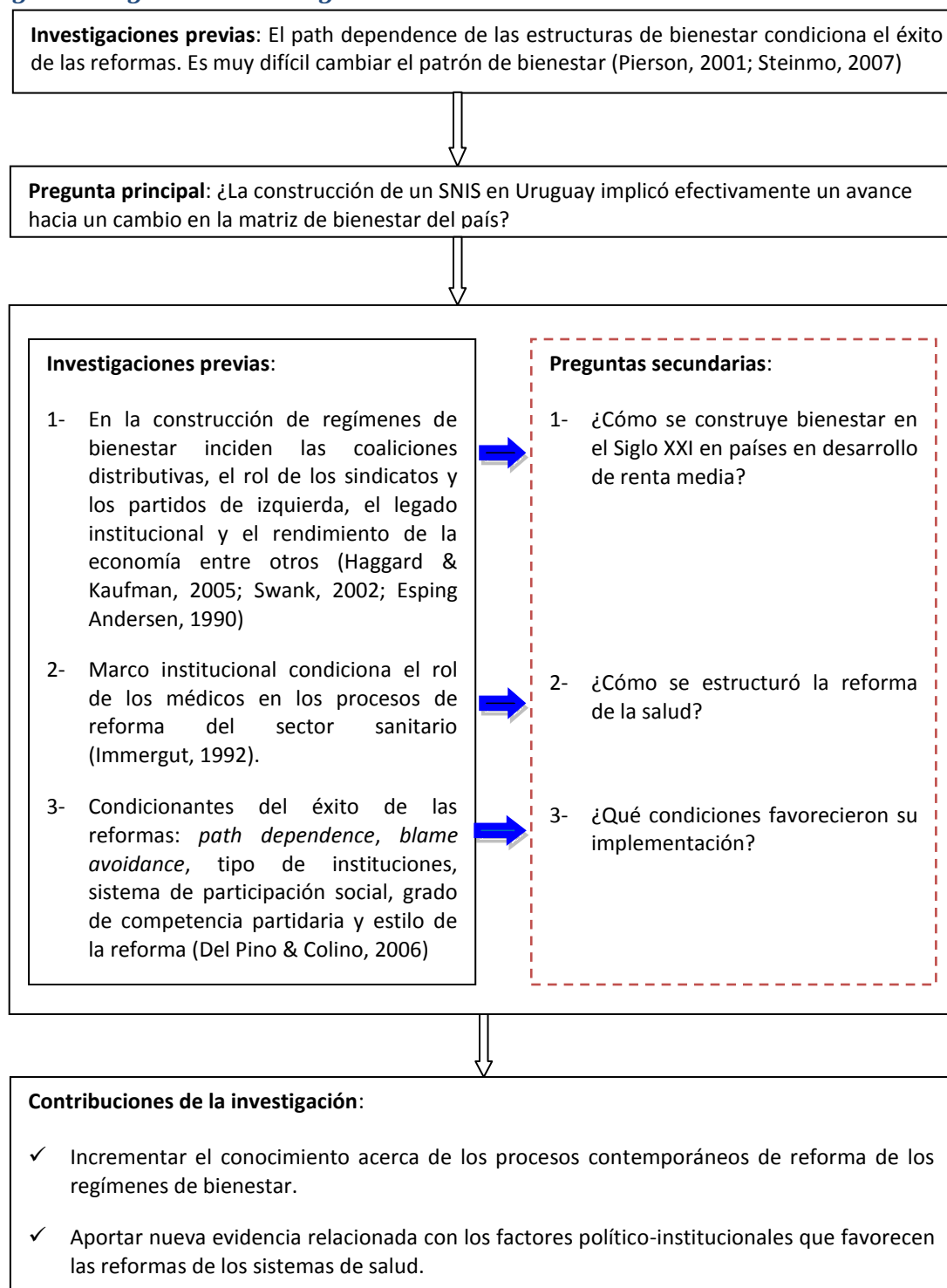
El abordaje a esta pregunta estará orientado esencialmente a partir de la construcción de respuestas a dos preguntas secundarias. En primer lugar, parece necesario trabajar en un plano teórico general acerca de: **¿Cómo se construye bienestar en el siglo XXI – particularmente cómo se proveen servicios de salud – en países en desarrollo de renta media, con regímenes de bienestar corporativos?** La proposición<sup>2</sup> de la investigación que oficia como punto de partida para esta pregunta fue, como ya se mencionó, que actualmente estamos ante un período de reestructuración y ampliación de las instituciones de bienestar de estos países, y que el contexto y las condiciones que favorecieron esta expansión, son diferentes a las que existieron en la posguerra de mitad del siglo XX. Por lo tanto, avanzar en la respuesta a esta pregunta permitirá entre otras cosas determinar el contexto en el que se enmarcan estos procesos: las estructuras de poder existentes, las problemáticas y bloqueos a los que deben hacer frente las nuevas políticas, y en particular, cómo ha evolucionado la provisión de servicios sanitarios, tanto en los países en desarrollo como en las regiones altamente industrializadas.

En segundo lugar, y específicamente relacionada con la reforma sanitaria ocurrida en Uruguay, surgen las siguientes preguntas: **¿Cuáles fueron las condiciones que favorecieron la aprobación y posterior implementación de la reforma de la salud en Uruguay?** y **¿Cómo se estructuró finalmente la misma?** En este caso, la proposición que se encuentra detrás, es que a pesar de que el gobierno del FA tuvo la mayoría parlamentaria necesaria para aprobar la propuesta de reforma sin necesidad de negociar con otros actores, la postura del gobierno fue la de construir una propuesta con una amplia base de apoyo, lo que determinó que al mismo tiempo que el proyecto contara en sus inicios con una amplia coalición favorable, dicho apoyo también trajo aparejado el hecho de que la propuesta inicial del FA se viera reorientada en algunas cuestiones muy importantes.

Este comportamiento debe ser enmarcado en el contexto de que la atención sanitaria uruguaya ha sido una de las áreas de política pública que más resistencias al cambio ha presentado en el país. En este sentido, responder a estas preguntas implicará a su vez retomar los procesos históricos de la construcción y evolución del sector sanitario en Uruguay, prestando especial atención a las estructuras y/o coaliciones de poder que se fueron constituyendo en el proceso, es decir: se intentará identificar ganadores y perdedores como forma de comprender los futuros incentivos existentes para el cambio institucional en la coyuntura actual. La Figura 1 resume la lógica del trabajo, incluyendo tanto las proposiciones y las preguntas de investigación, como las contribuciones esperadas de la investigación.

---

<sup>2</sup> Se utiliza el término “proposición” en lugar de “hipótesis”, debido a que este último requiere generalmente ser “medible” (Whetten, 1989. Citado en Sáiz-Carranza, 2006).

**Figura 1. Lógica de la investigación**

**Elaboración propia.**

El abordaje teórico y metodológico de esta investigación parte de algunos supuestos generales dentro del área de estudio de las políticas sociales que conviene explicitar. En primer lugar, este trabajo se centrará fundamentalmente en diversos abordajes politológicos asociados al cambio institucional, y en ese sentido, siguiendo a Kay (2006): se considera a todo proceso político como un sistema complejo dentro del que

se encuentran diversos procesos político-institucionales desarrollándose al mismo tiempo y con velocidades diferentes. En este sentido, se optará por aproximarse a las transformaciones en los regímenes de bienestar contemporáneos, y en particular a los cambios en el sistema sanitario uruguayo, desde una perspectiva dinámica de cambio, es decir: se pondrá especial énfasis en la temporalidad y secuencia histórica de los procesos analizados. Es así que el análisis será enmarcado dentro de la corriente teórica denominada Institucionalismo Histórico ya que el mismo ofrece una serie de herramientas que contribuirán a comprender analíticamente ciertas configuraciones institucionales y los comportamientos de los actores involucrados con el proceso de reforma.

Nuevamente, estas configuraciones darán cuenta de los conflictos de poder existentes, que en definitiva son los que terminan abonando la necesidad de cambio, y las condiciones en que el mismo se procesa. Justamente se está entendiendo que los cambios no se producen únicamente en momentos de crisis o “coyunturas críticas”, y al mismo tiempo, también se parte de la consideración de que los cambios de corte gradual están reflejando la existencia de luchas de poder latentes, incluso dentro de una misma coalición ganadora.

Desde esta perspectiva, es importante precisar que las políticas pasadas son consideradas, de cara a las políticas actuales, instituciones en sí mismas, por el hecho de que las mismas ofician por la vía de los hechos de estructuras que limitan y/o condicionan las opciones de cambio o inercia disponibles para los tomadores de decisiones. De modo que a los efectos de este estudio, no sólo serán consideradas las diferentes etapas o momentos de una política pública, sino que también se tendrá en cuenta los formatos específicos de cambio institucional que estén operando en las mismas.

Particularmente dentro del sector de la atención sanitaria y sus reformas, la perspectiva que se va a adoptar a lo largo de este trabajo es que los principales factores explicativos de estas diferencias en la trayectoria deberán ser buscadas en las instituciones existentes dentro de cada caso, pero fundamentalmente en los procesos que fueron permitiendo la construcción de dichas instituciones, porque es en esa configuración inicial del entramado institucional donde se podrán encontrar las facilidades y/o bloqueos para la implementación o no de una reforma determinada, a la vez que dicho conocimiento puede ayudar a identificar cuáles son aquellos aspectos que justamente facilitarán o no una reforma estructural determinada.

Por lo tanto, la investigación consistirá en un estudio de caso que tendrá como unidad de análisis a la reforma del sistema sanitario que se comenzó a implementar en el año 2007 en Uruguay, por el primer gobierno del Frente Amplio. El análisis de este caso se orientará principalmente a través de los postulados del Institucionalismo Histórico, pero serán tenidas en cuenta también cuestiones asociadas a los enfoques centrados

en los recursos de poder, justamente debido a que como ya fue dicho, la comprensión y el análisis de los distintos formatos alternativos que están en disputa, con su consiguiente distribución de poder, son fundamentales para trabajar sobre los cambios en cualquier política pública. A continuación se justificarán la relevancia de este caso y del tema de estudio, así como los procedimientos elegidos para aproximarse a este objeto de estudio.

## **I.2. Relevancia del caso y del tema de estudio**

Si bien la literatura especializada ha sido muy profusa a la hora de explicar los porqués del surgimiento y expansión de los Estados o Regímenes de Bienestar en el siglo XX, también es cierto que el nuevo contexto en el que se están comenzando a plantear, o directamente implementar, políticas de expansión del bienestar, es bastante diferente al anterior. Es a partir de este reconocimiento, que se entiende relevante y pertinente indagar acerca de si efectivamente las razones que se identificaron como “exitosas” para la consolidación de un régimen determinado de bienestar, continúan siendo buenas explicaciones para entender la nueva etapa de expansión de las políticas tradicionales de bienestar.

Al repasar los diferentes estudios referidos a los procesos de expansión, consolidación y retraimiento de los regímenes de bienestar, aparece como denominador común en muchos de ellos la generalización de las características de los sistemas de seguridad social al conjunto de la matriz de bienestar. Si bien se comparte el criterio seguido por autores como Esping Andersen (1990) de que los diferentes componentes tienden a seguir un mismo “patrón” de conducta, lo cierto es que al centrar la atención en América Latina aparecen algunas particularidades del sector sanitario, que lo vuelven especialmente interesante para analizar. En primer término, al ser un bien público (Barr, 1987), las políticas de atención sanitaria han resistido de forma más contundente a los embates de recorte promovidos desde las doctrinas neoliberales. Este hecho, sumado a los problemas estructurales que ha presentado históricamente este sector en el conjunto de la región (Fleury, 2001), da lugar a interesantes procesos políticos de expansión y mejora de los niveles de provisión del servicio tanto cuantitativa como cualitativamente.

Finalmente, la decantación por el estudio de la evolución de la política sanitaria también se fundamenta por la complejidad intrínseca de un sector muy sensible para la reproducción social, signado por su alta especificidad técnica y asociada a la presencia de fuertes e importantes intereses corporativos, políticos y económicos. La cobertura y la atención de los problemas de salud en un contexto como el actual, con grandes incertidumbres respecto a la subsistencia de las personas, en un contexto histórico que paradójicamente se caracteriza por notables crecimientos en la

esperanza de vida al nacer, aparece como un elemento fundamental del accionar de los gobiernos – sin importar en este punto las opciones elegidas para intervenir.

Sin embargo, este supuesto consenso no inhibe que las respuestas o propuestas acerca de cómo asumir esa responsabilidad no conlleven importantes dosis de conflicto y de lucha de intereses que muchas veces se muestran contradictorios entre sí. En este sentido, a partir de trabajos como el de Ellen Immergut (1992) por ejemplo, el actor médico debe ser incorporado como una variable clave para comprender los diferentes movimientos en torno a determinado proceso de reforma, tanto exitoso como fallido.

Por otra parte, la elección de Uruguay como caso responde entre otras cosas, al hecho de que el mismo presenta la particularidad dentro de Latinoamérica – junto con Argentina, Chile y Costa Rica por ejemplo – de haber construido un régimen de bienestar que, al tiempo que comparte con sus pares regionales algunas características fundamentales como son la informalidad, pero sobre todo la estratificación del mismo; también ha sido pionero en la introducción de muchas de las políticas más clásicas del bienestar como por ejemplo la seguridad social, incluso mucho antes que varios de los países europeos industrializados. Por lo tanto, se parte de la base que el conocimiento de algunas de las experiencias del caso uruguayo pueden contribuir al debate sobre los regímenes de bienestar, ya sea para el contexto latinoamericano exclusivamente, como para intercambios más “globales” con sus pares de renta media. En síntesis: Uruguay aparece entonces como un caso altamente comparable de cara a futuros trabajos.

---

12

Otra razón que justifica la elección de Uruguay como objeto de estudio es la particularidad histórica generada a partir del acceso al gobierno de un partido de centro izquierda (el Frente Amplio) por primera vez en su historia en el año 2005. Este hecho, potenciado por su mantenimiento en el poder por un segundo período en el año 2010, permiten entre otras cosas testear diferentes aproximaciones ideológicas a la cuestión del bienestar, contribuyendo así a confirmar o rechazar una de las principales variables desarrolladas por la literatura para explicar la consolidación de políticas de bienestar: la existencia o no de partidos de izquierda dentro de los gobiernos o coaliciones de gobierno.

Así, su propuesta de reforma en el área de la atención sanitaria, se enmarcó en un contexto de similares reformas estructurales en otros ámbitos de gobierno; y se podría considerar al menos en principio, orientada a alcanzar y consolidar un nuevo sistema de bienestar, que en el caso uruguayo implicaría el paso desde un sistema corporativo (Esping Andersen, 1990) o de universalismo estratificado (Filgueira, 2007); hacia un Estado de Bienestar de corte socialdemócrata. Por otra parte, el sector salud en Uruguay presenta una particularidad interesante, que refiere al hecho de que hasta esta reforma las únicas transformaciones de envergadura en el sector se habían podido llevar adelante en contextos autoritarios (Pérez, 2009). Durante la década del

noventa del siglo pasado, al menos dos intentos de reforma de la salud fueron bloqueados por diferentes actores políticos y sectoriales (Moreira & Setaro, 2002).

Dentro del contexto que instaló la necesidad de una reforma del sistema de atención sanitaria como una prioridad política pueden mencionarse brevemente los siguientes factores: en materia de acceso a los servicios, el mismo no era universal, y justamente quienes estaban fuera del sistema eran parte de los colectivos más vulnerables de la población: niños, adolescentes, mujeres que no están integradas al mercado formal de trabajo y ancianos. Por otra parte, existía un diagnóstico ampliamente compartido acerca de las importantes disparidades en materia de infraestructura, nivel de gasto por usuario y retribuciones de los recursos humanos entre el subsistema público y el privado, a favor de este último.

En cuanto a los servicios, se constataban impactos regresivos en los altos precios de los copagos y tasas de atención, problemas con las largas listas de espera para especialistas y en líneas generales un enfoque asistencial centrado en los hospitales y no en la atención primaria y la prevención. Finalmente, la conjunción de estos factores, sumado al gran poder y autonomía de las gremiales médicas a la hora de presionar por mejoras salariales, determinó que para el año 2002, en plena crisis económica y financiera, el sistema mutual casi en su totalidad ingresara en una situación crítica de insolvencia, y determinando que se instalara en la campaña electoral del año 2004 la certeza de que “algo había que hacer” en el sector sanitario.

13

Por eso, el conjunto de particularidades que presenta el caso uruguayo en cuanto a la capacidad del gobierno del Frente Amplio para aprobar sus iniciativas de reforma – mayoría absoluta en ambas cámaras del Poder Legislativo sumado al amplio consenso político y social respecto a la necesidad de realizar una serie de reformas estructurales profundas – pueden ser un buen “laboratorio” donde indagar acerca de hasta qué punto estas condiciones son suficientes para vencer los bloqueos o resistencias que puedan aparecer a nivel social, sindical y político; pero fundamentalmente: la capacidad del nuevo gobierno de construir una bifurcación en el *path* recorrido por el país durante más de un siglo de historia en materia de política sanitaria.

Pero más allá de este punto, el interés de estudiar la implementación del SNIS en Uruguay hoy, responde también a una serie de posibles tensiones o dificultades que pueden plantear o plantean los cambios propuestos: la intención de universalizar el acceso a la atención y mejorar la calidad del conjunto del sistema por un lado y que no se instrumenten cambios en ciertas configuraciones de aseguramiento corporativo como la militar o la policial; o que se pretenda revitalizar el rol de autoridad sanitaria del Ministerio de Salud Pública, pero por otro lado con la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) se genere por la vía de los hechos un regulador extra del sistema que puede rivalizar con la autoridad ministerial: en última instancia entrañan problemas relacionados con el tipo de cambios

institucionales necesarios para poder instrumentar de forma efectiva un cambio de paradigma en términos de Peter Hall (1990).

En resumen, a partir del análisis del SNIS se estará trabajando en torno a al menos tres clivajes de gran interés para la ciencia política: en primer lugar, uno que incorpora los formatos alternativos de bienestar, que en líneas generales podría ser ilustrado con la oposición entre neoliberalismo y Estado de Bienestar; en segundo lugar, y asociadas al anterior, aparecen las discusiones asociadas al clivaje universalización–focalización; mientras que en último término, también se tendrá en cuenta el debate entre desmercantilización y mercantilización de la oferta de servicios sociales.

### **I.3. Aproximaciones teóricas adoptadas**

Como ya fue mencionado anteriormente, el foco central de este trabajo es aportar a la comprensión de los actuales procesos de reforma de los regímenes de bienestar en países en desarrollo de renta media, a partir del análisis de la reforma de la salud implementada en Uruguay. En este sentido, se entiende al igual que Skocpol & Amenta (1986) que estudios históricos detallados de uno o pocos casos permiten observar las configuraciones de las causas que explican las diversas políticas sociales. En un primer momento, se parte del supuesto de que efectivamente estamos ante una situación histórica caracterizada por la expansión de los servicios de bienestar, al menos en América Latina, y más precisamente en el Cono Sur; para posteriormente pasar a determinar cuáles son las principales características de dicho proceso, tanto en términos de los diferentes modelos de provisión de servicios sanitarios y tipo de estructuras de bienestar y protección social.

De esta manera, la variable dependiente será el cambio en la política sanitaria en Uruguay, que será analizado a partir de algunas dimensiones planteadas por parte de la literatura especializada, como por ejemplo: nivel de gasto público en salud; configuración del mix público-privado en materia de provisión de servicios sanitarios; nivel de privatización del riesgo; iv- estructura de los servicios (médicos, enfermeras, camas disponibles, etc.); formato que adquiere el derecho a la atención – dentro del eje derecho de ciudadanía-capacidad de pago –; mecanismo de pago de los médicos; mecanismos de ingreso de los pacientes a los servicios (Wendt, 2009). Estas dimensiones permitirán ubicar al caso analizado dentro del espectro de los sistemas de salud contemporáneos, y permitirá determinar cómo se procesaron en el caso uruguayo los conflictos asociados a los diferentes clivajes presentados anteriormente.

De forma explícita, esta investigación se propone trabajar dentro del área de cambio institucional. Esta opción no es azarosa y tampoco está exenta de dificultades. En primer lugar, la preferencia por trabajar con las condiciones en las que se produce el cambio institucional tiene como principal motivación aportar conocimiento en una

línea que particularmente ha conformado el centro de las críticas hacia los estudios neoinstitucionalistas: la dificultad para lidiar y explicar los procesos de cambio institucional (Steinmo, 2008). Por este motivo, es que el trabajo tomará especialmente en cuenta una serie de trabajos que justamente han planteado diferentes líneas de análisis que permiten salvar la dificultad de enfoques como el Institucionalismo Histórico para trascender visiones “estáticas” de los diferentes procesos político-institucionales. Dentro de estos trabajos merece la pena destacar a Hall (1990), Mahoney & Thelen (2009); Steinmo (2008); Streeck & Thelen (2005) entre otros.

Por lo tanto, a partir de los postulados del Institucionalismo Histórico que serán presentados en el siguiente capítulo, se parte de la idea de que cualquier política pública puede ser analizada en términos de continuidad histórica, en el sentido que cada una de ellas – la política sanitaria por ejemplo – puede ser conceptualizada como un conjunto de sub procesos que se desarrollan a ritmos y niveles diferentes (Kay, 2006). Estos matices se pierden con la realización de estudios estáticos de la política, y por lo tanto se están dejando sin relevar una serie de fenómenos y procesos en el tiempo  $t_0$  que pueden ser parte fundamental de las configuraciones advertidas en el período de análisis del tiempo  $t_1$ . Desde esta perspectiva, la política existente en el período  $t_0$  oficia analíticamente como una institución que condiciona y en algunos casos restringe el abanico de posibilidades consideradas viables en  $t_1$ .

Estos cambios, no necesariamente deben seguir una lógica incremental, y mucho menos imposibilitan de plano la adopción de cambios de rumbo radicales en las políticas (Pierson, 2001). Es a partir de estos planteos y clasificaciones, que se intentará relacionar analíticamente estos modelos abstractos de cambio institucional con los tres pilares definidos para la investigación: las formas en que se están transformando los Estados o Regímenes de Bienestar, los modelos de reforma de las administraciones públicas y los tipos de gestión y provisión de servicios sanitarios.

Como se verá en el apartado teórico, la introducción de cambios en materia de gestión tanto administrativa como de los recursos humanos en el área de la atención sanitaria implica a priori cambios de primer orden, en el entendido de que los mismos afectan a los instrumentos de la política, pero no la alteran en sus objetivos (Hall, 1990). La caracterización de estos cambios dentro de los diferentes modelos de Administración Pública, y su inserción en una matriz u otra de organización del sector sanitario, ayudarán a determinar si el tipo de ajustes se orientan hacia el lado de la racionalización, o por el contrario, los mismos responden mejor a una lógica de actualización de la política existente. Finalmente, a partir de la definición de tipos ideales en los modelos de atención sanitaria, la inclusión de las diferentes etapas identificadas en el caso uruguayo dentro de los mismos, permitirá determinar a partir de las dimensiones en las que se produjeron cambios, las características de dichas



transformaciones y su ubicación dentro de la matriz de análisis generada en este trabajo.

De forma particular, el foco de esta investigación se encontrará en los denominados cambios de corte gradual (Streek & Thelen, 2005) y de segundo orden (Hall, 1990) que en materia de reajustes en las políticas de bienestar aparecen asociados a los procesos de recalibración (Pierson, 2006). ¿Por qué? Esencialmente debido a que este tipo de cambios muchas veces son los más sutiles de vislumbrar, que a priori parece ser inocuos en sus efectos, pero que muy por el contrario son los que determinan el cambio dinámico de la mayoría de las instituciones públicas.

Justamente lo interesante a la hora de analizar los cambios “intermedios” – que no son meros ajustes presupuestales, pero tampoco llegan a ser cambios en el paradigma de la política – es que los efectos de estos cambios son menos lineales, y las consecuencias de los mismos no pueden estimarse a priori. Por otra parte, en relación al caso analizado, también parece preciso centrarse en este nivel de transformación por dos motivos: en primer lugar, porque justamente es el identificado por autores como Pierson (2006) como el tipo de reformas predominante en regímenes de bienestar de corte corporativo, configuración que, como se trabajará más adelante en este trabajo, presenta rasgos muy similares al tipo de esquema que ha construido y desarrollado Uruguay a lo largo de su historia. En segundo lugar, si alguna hipótesis de trabajo se puede aventurar, es que la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay ha constituido más una recalibración que un cambio de paradigma. Para confirmar o rechazar esta afirmación, no solo es importante conocer el tipo de institución u orientación de política que se pretende reformar, sino que además será necesario identificar la orientación del cambio que se producirá, como forma de comprender el efecto de dicho cambio.

#### **I.4. Metodología a seguir**

Si bien ya fue explicitado anteriormente en esta introducción, la intención de esta investigación es realizar un estudio de caso. Esto se debe, en una primera instancia, a considerar que los aportes que se pueden extraer de este tipo de estudios son más que interesantes para la generación de conocimientos dentro de la ciencia política. En este sentido, se entiende por “caso” un fenómeno o evento elegido, conceptualizado y analizado empíricamente como una manifestación de una amplia clase de fenómenos o eventos (Venesson, 2008<sup>3</sup>). No obstante, se pueden identificar cinco malentendidos

---

<sup>3</sup> De acuerdo a este autor, existen cuatro puntos que asociados a esta conceptualización que es pertinente tener en cuenta: el caso no es sólo una unidad de análisis, pero sí es una categoría teórica; no está delimitado temporalmente a priori; los fenómenos estudiados no tienen por qué ser contemporáneos; los datos pueden ser recolectados de varias maneras (Venesson, 2008).

o sobre implicaciones relacionadas justamente con el aporte de los estudios de caso: 1- que el conocimiento general es más valioso que el conocimiento concreto y práctico, ya que este último depende del contexto; 2- que no se pueden realizar ningún tipo de generalizaciones a partir de un caso; 3- que si bien el estudio de caso es útil para generar hipótesis, otros métodos son mejores para testear y construir teorías; 4- que son simplemente un medio de comprobación y/o verificación; 5- que es difícil sacar proposiciones generales y teóricas a partir de estudios de caso específicos (Flyvbjerg, 2006).

Estas cuestiones aparecen íntimamente relacionadas con una forma específica de entender y desarrollar la ciencia política, que parte entre otros supuestos de que la “cientificidad” de la disciplina proviene de la adopción de un paradigma que asocia a “lo científico” al seguimiento de determinadas condiciones de sofisticación metodológica dentro de las que se encuentran cuantificar unidades de análisis, aislar las mismas y mantenerlas constantes como forma de medir sus efectos independientes. *“The problem with this interpretation of science, in my view at least, is that it assumes the social world works according to the same kind of laws and principles as the physical world.”* (Steinmo, 2010) Por el contrario, este estudio parte del supuesto de que el mundo es complejo y las interacciones sociales que en él se desarrollan no deberían ser reducidas a relaciones lineales entre variables. Es desde esta perspectiva que cobra especial relevancia la realización de un estudio de caso, con la intención de dar mejor cuenta de dicha complejidad.

**En definitiva, el caso a analizar u objeto de estudio es el del sector de atención sanitaria en Uruguay en el período 2005 – 2010.**

Dentro de los estudios de caso pueden distinguirse cuatro tipos, que se diferencian entre sí a partir de los objetivos que se persiguen con la realización de los mismos. En primer lugar, se encuentran los estudios de caso “descriptivos”, que consisten en una descripción sistemática de un fenómeno determinado pero que no presentan ninguna pretensión teórica explícita. Por otro lado, estarían los estudios de caso “interpretativos”, que pretenden generar cierto tipo de explicaciones a casos particulares, a partir de la utilización de marcos teóricos ya existentes. En este caso las consideraciones a las que se arriben pueden terminar en refinamientos o evaluaciones de dichas teorías. En tercer lugar, se encuentran los estudios de caso “generadores de hipótesis”, que justamente producen hipótesis de forma inductiva o por el contrario, refinan hipótesis ya existentes. Generalmente este tipo de estudios es particularmente útil si se trabaja sobre casos desviados de una teoría determinada. Finalmente, un cuarto tipo de estudios de caso son los “evaluadores de teoría”, utilizados para chequear si los casos seleccionados son efectivamente explicados por las teorías existentes.

Dentro de este espectro, el caso uruguayo en este estudio se abordará desde un enfoque interpretativo, ya que como fue presentado anteriormente, la mayor parte de sus motivaciones están relacionadas con la constatación de teorías de cambio institucional existentes o en su defecto, con el aporte de refinamientos a las mismas, como puede ser la contextualización latinoamericana de las mismas.

El abordaje a este estudio de caso tendrá la pretensión de desarrollar su análisis a partir una narración estructurada de la política (Steinmo, 2010; Kay, 2006) que esencialmente comparte una buena serie de características con el método denominado *Process Tracing* (Falleti, 2006; Bennett & George, 1997). Este tipo de análisis, a partir del instrumental aportado por el Institucionalismo Histórico, tiene como objetivo descubrir relaciones entre los resultados observados y las posibles causas que determinaron los mismos. De esta manera, el foco no se encuentra únicamente en el qué pasó, sino también muy especialmente en el cómo ocurrió (Ballart, 2008b; Vennesson, 2008). Los casos estudiados desde este enfoque son considerados como un “sistema en evolución”, y los resultados pocas veces están asociados a variables que operan de forma independiente y predecible. Estos estudios asumen la existencia de causalidades complejas. Por otra parte: *“Rather than predict the future, the goal of evolutionary scientists is to understand the forces and dynamics that have shaped the world as we know it.”* (Steinmo, 2010)

Es pertinente aclarar en qué medida este rastreo de procesos o narrativa analítica debería diferenciarse de la pura narrativa. De acuerdo a Vennesson (2008) estas diferencias son tres: el rastreo de procesos está focalizado, ya que lidia selectivamente con algunos aspectos o características del fenómeno analizado; dicho proceso se estructurará sobre la construcción de una explicación analítica basada en las dimensiones aportadas por el marco teórico utilizado; y su objetivo en última instancias es el de explicar cómo se construyó un path causal que terminó condicionando un resultado de política específico. *“A structural narrative contains the ambition to make sense of the sequence in terms of some greater interpretive scheme; for example, a normative frame of success or failure; or in terms of the direction and trajectory of policy; or type or value policy changes...”* (Kay, 2006).

Una narración de este estilo debería incorporar por lo tanto la presentación y caracterización de las diferentes instituciones, estructuras y procesos que ocurren y se relacionan en un contexto histórico determinado, con el objetivo de identificar cuáles son los incentivos y los constreñimientos que dichas instituciones construyen para los distintos actores involucrados; para que a partir de dicho reconocimiento se puedan ensayar algunas explicaciones de los diferentes resultados de política definidos en estos escenarios.

Dada la complejidad intrínseca a los componentes de esta investigación, la realización de un estudio de carácter cualitativo aparece como la mejor opción para lograr

afrontar las preguntas de investigación anteriormente presentadas. En este sentido, se está siguiendo la metodología utilizada por gran parte de los estudios tomados como referencia y antecedentes para este trabajo. La intención del estudio además, es generar algún tipo de explicación de los procesos analizados, a partir de la interpretación analítica de la información recabada a lo largo del proceso de investigación.

En cuanto a la información utilizada para el análisis, la misma provendrá básicamente de fuentes de información secundaria – investigaciones previas, legislación referida a las reformas sanitarias, datos estadísticos de diversas fuentes, revisión de la prensa del período analizado – pero también el estudio se verá reforzado por la realización de una serie de entrevistas a diversos actores políticos y relacionados con la gestión de las instituciones analizadas. El principal objetivo de las mismas, que serán de carácter semi estructurado, es el de reforzar y precisar de la mejor manera posible los diferentes procesos posteriormente analizados. Se realizaron 13 entrevistas, en las cuales la principal intención fue la de aportar algunas visiones o posicionamientos específicos en relación a la reforma, pero también sobre la visión de los mismos sobre la historia del sistema y su crisis. En relación al proceso político de la reforma, y también en el repaso de las diferentes iniciativas legislativas presentadas a lo largo del siglo XX, la revisión de las diferentes actas de sesión del Parlamento uruguayo fue de gran ayuda, ya que muchas veces oficiaron como equivalente funcional de alguna entrevista que no se pudo realizar.

### **I.5. Estructura de la tesis**

Para cumplir con lo planteado hasta aquí, la investigación estará estructurada de la siguiente manera: en el Capítulo II, se desarrolla el Marco Teórico que orientará el trabajo. Como se verá posteriormente, la aproximación teórica elegida es la del nuevo institucionalismo, pero particularmente una vertiente de dicha corriente: el Institucionalismo Histórico. El cometido esencial de este capítulo estará en presentar descriptivamente el conjunto de conceptos que aporta este enfoque de análisis por un lado, y por otro: desarrollar diferentes cuestiones asociadas a uno de los puntos débiles de este enfoque, como es el cambio institucional. De esta manera, luego de revisar las principales características, alcances y limitaciones de este enfoque, se repasarán algunas investigaciones que utilizaron el mismo y se justificará el porqué de analizar las reformas en política sanitaria desde esta perspectiva e indagar acerca de la existencia de trabajos sobre salud que hayan adoptado la misma perspectiva.

En el Capítulo III, se trabajará en torno a uno de los pilares que dan sustento al trabajo: los regímenes de bienestar. De esta forma, se prestará especial énfasis en las condiciones que promovieron el surgimiento de estos esquemas de protección social, los diferentes tipos de configuración identificados por la literatura, la crisis de la

alianza entre políticas de bienestar y Keynesianismo a partir de la década del setenta del siglo pasado, y la etapa actual de reestructura, ajuste y transformación de los mismos en los diferentes contextos. En este sentido, se prestará particular atención al tipo de régimen de bienestar corporativo o conservador, por constituir el modelo sobre el cual se construyó la matriz de bienestar social en Uruguay.

El capítulo IV tiene la intención de ofrecer una breve discusión en torno a la pertinencia del concepto de régimen de bienestar para América Latina, revisando sus principales características y diferencias entre los sistemas desarrollados en las regiones más desarrolladas. Repasados estos procesos históricos, los mismos serán observados especialmente en la construcción del Estado uruguayo, concentrando el relato en la conformación de su estructura de protección social. La intención de esta sección es aportar ciertos principios generales que colaboren en la posterior comprensión de la evolución del sistema de salud en Uruguay.

El Capítulo V presenta los diferentes modelos de gestión pública predominantes en los debates contemporáneos sobre Administración Pública, prestando especial atención a las corrientes denominadas “posburocráticas”: la Nueva Gestión Pública y el Neoweberianismo. Por otra parte, también se presentarán los diferentes instrumentos de gestión vinculados con la provisión y financiamiento de bienes y servicios sociales, particularmente aquellos instrumentos que son utilizados globalmente en materia de asistencia sanitaria, en la medida en que la atención sanitaria es considerada un bien público, por lo que este factor implicará necesariamente ciertos niveles de involucramiento de las instituciones estatales sobre la organización y gestión de la provisión de los servicios sanitarios.

Por otra parte, en el Capítulo VI se realiza un repaso de los diferentes modelos de atención sanitaria y de las dimensiones que se encuentran detrás de las distintas configuraciones de estos servicios, tanto en países de alto desarrollo humano como en América Latina. De especial relevancia para este trabajo es poder determinar el rol que cumple el Estado en los diferentes casos analizados, así como también los desafíos enfrentados por cada sistema, y las respuestas ensayadas para resolver los mismos.

La construcción y evolución histórica de la política sanitaria en Uruguay será presentada en el Capítulo VII. Dicha evolución será presentada de forma esencialmente descriptiva, aunque también se irán dejando planteadas diferentes características del sistema sanitario uruguayo consolidadas en el tiempo. Uno de los principales puntos desarrollados en este capítulo lo conforma la búsqueda exhaustiva de los diferentes intentos de reforma del sector a lo largo del Siglo XX. También para los casos en los que se contó con la información necesaria, se incorporaron menciones a las características de las propuestas, y algunas de las posturas políticas en torno a las mismas. Si bien este recorrido comenzará casi en los inicios de Uruguay como país independiente, lo cierto es que se prestará especial atención a los últimos 25 años, que

conforman el período posterior a la dictadura militar que sufrió el país entre los años 1973 y 1984. Este capítulo finalizará con un mapa de situación de la realidad que tuvo que afrontar el gobierno del Dr. Tabaré Vázquez al inicio del período en materia sanitaria.

A continuación, el Capítulo VIII se ocupará exclusivamente de la Reforma de la Salud implementada en Uruguay: sus objetivos, sus propuestas, el vínculo de las mismas con los diagnósticos y propuestas de los distintos colectivos involucrados en el sector, el pasaje del proyecto de ley por el Poder Legislativo (cambios, frenos, rechazos, apoyos) e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (cambios organizacionales en el Ministerio de Salud Pública, regulación del sistema, vínculo entre prestadores y el poder político, etc.). Posteriormente, se pasará a presentar algunos de los resultados de dicha implementación, buscando poner el énfasis en su impacto en la equidad de acceso, el aumento en la cobertura de atención y en la situación financiera y de gestión de los distintos prestadores – tanto públicos como privados – para finalmente evaluar si efectivamente se produjo un cambio en el equilibrio previo entre los subsectores público y privado.

Finalmente, en el Capítulo IX se analizan los aspectos desarrollados en los apartados anteriores, intentando determinar si efectivamente el nuevo sistema ha logrado consolidar ciertos elementos sustantivos que permitan hablar de un cambio en el modelo de bienestar del Uruguay, y si los cambios a nivel del modelo de gestión y provisión del servicio de atención sanitario están en consonancia con estas aspiraciones. En definitiva, se analizará qué tipo de cambio institucional ha implicado la creación del SNIS, y cuáles han sido algunos de los factores que pueden estar explicando este resultado. También en las consideraciones finales, se intentará evaluar las posibilidades futuras de consolidación y ampliación de la reforma.

## **CAPÍTULO II. Marco Teórico: el Neoinstitucionalismo y su vertiente Histórica como enfoque de análisis**

### **II.1. Introducción**

La elección del método de análisis de cualquier investigación debe estar determinada por el propio problema que se pretende entender y/o explicar. En este caso particular – la implementación de una reforma estructural en el área de política sanitaria de Uruguay – la elección de aproximarse a dicho proceso mediante el instrumental del Institucionalismo Histórico (IH) responde a diversas motivaciones. En primer lugar, se encuentra el convencimiento de que los diversos procesos políticos deben ser analizados tomando especial consideración de la historia del mismo, el marco institucional en el que los actores involucrados dirimen sus luchas de poder, y de los hechos, factores y/o condicionantes que fueron conformando por ejemplo la necesidad de acometer cualquier tipo de reforma particular. En este caso en especial, parece difícil comprender de forma precisa los cambios propuestos y algunos rechazos y bloqueos a dichas iniciativas, sin conocer cómo evolucionó la configuración y la relación entre los diferentes actores del sistema. Como se observará a lo largo de este trabajo por ejemplo, es pertinente remitirse a la conformación del actual sistema mixto de atención sanitaria en Uruguay a comienzos del siglo XX, para comprender por qué dentro de un sistema de protección social relativamente fuerte e institucionalizado dentro del contexto regional, aparece como una necesidad de primer orden relanzar y reforzar el rol de rectoría de las autoridades políticas y estructuras estatales.

22

---

En lo que respecta a la parte “institucionalista” del enfoque, siguiendo a Sven Steinmo y Jon Watts, en su análisis de por qué fracasaron los intentos de reforma sanitaria en Estados Unidos, se priorizan aquí cuestiones más estructurales que contextuales para el tratamiento de los procesos políticos analizados. Rechazando sobre todo los enfoques centrados en la influencia de los grupos de interés, por considerar que los mismos son muy potentes para aportar evidencia de un proceso puntual – en el caso de Estados Unidos por qué fue rechazada la reforma presentada por Clinton en los noventa por ejemplo – pero que sin embargo carecen del herramental necesario para entender dicho fenómeno puntual dentro de una línea histórica: en general, este enfoque parte de que las capacidades de veto de algunos actores están presentes de forma continua a lo largo del tiempo, y son generalizables a todo contexto político-institucional (Steinmo & Watts, 1995).

A diferencia de esta concepción, institucionalistas históricos como Ellen Immergut sostienen que a pesar de que un mismo actor – por ejemplo las corporaciones médicas – pueda tener los mismos intereses y las mismas capacidades de poder y presión a lo

largo del tiempo o en diferentes países, sus posibilidades de éxito en el ejercicio de ese veto dependerán fundamentalmente de si los arreglos institucionales existentes permiten o no dicha acción (Immergut, 1992b). En definitiva, los incentivos y capacidades para vetar propuestas, o por el contrario, para promover ciertos cambios, van a estar condicionados de acuerdo a este enfoque, por el marco institucional existente. Por eso, Immergut propone centrarse en los “puntos de veto” y no en los “actores de veto”, entendidos los primeros como aquellos espacios existentes dentro de las instituciones que permiten ciertas actividades de promoción o bloqueo de cambios.

En el caso concreto de la política sanitaria en Uruguay, este enfoque centrado en los intereses no sería demasiado útil para entender por qué las corporaciones médicas se opusieron y bloquearon con éxito un intento de reforma en el año 1995 durante la segunda presidencia de Julio María Sanguinetti (Partido Colorado) y por el contrario las mismas corporaciones terminaron aceptando la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud propuesta por el primer gobierno del Frente Amplio en el período 2005-2009, cuando muchas de sus medidas presentaban similitudes con la propuesta anterior (Fuentes, 2010). La idea entonces es que hay condiciones externas a los diversos actores que determinan de forma importante la posibilidad de que un tema ingrese o no en la agenda (Ballart, 2008b), influye en las posiciones que estos actores se enfrentan a dichos problemas y generan incentivos o desincentivos para apoyar o no las propuestas de reforma que vayan surgiendo, entre otras cosas. Estas “condiciones externas” no serían otras que las instituciones – formales e informales – de un sistema político determinado.

Finalmente, otra de las razones para tomar al IH como método de análisis político se encuentra en su eclecticismo (Hall & Taylor, 1996). Dentro de las diferentes vertientes neoinstitucionalistas – Sociológico, Rational Choice e Histórico – que serán presentados a continuación; el IH es el que se encuentra abierto a más puntos o enfoques desde donde abordar los diferentes temas, y quizás de forma menos dogmática. En este sentido, *“...what is implicit but crucial (...) is that institutions constrain and refract politics but they are never the sole “cause” of outcomes. Institutional analyses do not deny the broad political forces that animate various theories of politics: class in Marxism, group dynamics in pluralism. Instead, they point the ways that institutions structure these battles and in so doing, influence their outcomes.”* (Thelen & Steinmo, 1992)

Así, este enfoque tiene en cuenta tanto las acciones y motivaciones de los diferentes actores individuales, y no sólo institucionales, al tiempo que además también toma en consideración elementos de cultura política que pueden estar jugando en la adopción o el rechazo de una opción política determinada. Pero fundamentalmente, el mayor aporte en el que se apoya este trabajo es en el rol que el IH le adjudica a las ideas



como variable imprescindible para poder comprender los cambios y las reformas políticas (Hall & Taylor, 1996; Steinmo, 2008).

A continuación, se realizará un repaso de los orígenes y la evolución del Neoinstitucionalismo, con sus tres vertientes; para posteriormente centrarse en las características y herramientas conceptuales que aporta en particular el Institucionalismo Histórico, analizando sus virtudes y también sus problemas. En ese sentido, dentro de las críticas al IH (y al resto de neoinstitucionalismos) por su dificultad para dar cuenta de los cambios endógenos a las instituciones, que generalmente se producen de forma gradual; la segunda parte de este capítulo indagará una de las propuestas de la literatura contemporánea en la materia para salvar este escollo, promovida fundamentalmente desde dos trabajos: *“Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies”*, de Streeck y Thelen (2005) y *“Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power”* de Mahoney y Thelen (2010).

## II.2. El Neoinstitucionalismo: evolución y principales características

La centralidad de las instituciones para este enfoque surge en primer término de la conceptualización misma que se realiza sobre dicho objeto de estudio. En este sentido: *“In the broadest sense, institutions are simply rules. As such, they are a foundation for all political behavior. Some are formal (...) some are informal (...) but without institutions there could be no organized politics.”* (Steinmo, 2001). De esta manera, entender estas reglas, cómo fueron creadas y qué impacto tienen en la configuración de los intereses y en el accionar de los diversos actores de cualquier proceso político, aparece como una actividad no solo interesante, sino relevante académicamente.

Así, en líneas generales se puede decir que para el Neoinstitucionalismo, dos son las cuestiones principales a tener en cuenta a la hora del análisis: cómo explicar el origen y la evolución de las instituciones; y el nivel de influencia que dichas instituciones tienen por sobre las preferencias individuales de los actores que intervienen en el proceso político analizado (Fernández Pasarín, 2006). En este sentido, un principio central del que parten los estudios neoinstitucionalistas es que las instituciones no son neutrales para los resultados de las políticas: las instituciones definen las reglas del juego político, dentro de las que se encuentran por ejemplo quiénes son aquellos que van a poder participar y bajo qué condiciones o con qué recursos se realizará dicha participación (Steinmo, 2001).

El Neoinstitucionalismo como tal surge hacia mediados de la década del ochenta del siglo XX, como una especie de renacimiento de lo que había sido el institucionalismo clásico. Este último, fuertemente descriptivo y centrado en las comparaciones históricas de los marcos más legales y formales de los casos analizados, fue objeto de

fuertes críticas principalmente provenientes de las corrientes estructural-funcionalista y conductista. Estas corrientes cuestionaban entre otras cosas su validez teórica por el hecho de privilegiar la descripción a la explicación, al tiempo que más sustancialmente le criticaban su acento en las instituciones y las normas como las variables explicativas de los procesos políticos, cuando desde dicho círculo se priorizaba el carácter explicativo del comportamiento político de los actores tanto individuales como colectivos (Fernández Pasarín, 2006).

Estas corrientes lideraron un proceso que dominó a partir de la posguerra gran parte de la ciencia política, que partía de la necesidad de estudiar la política y las políticas de forma más “científica”, siguiendo para ello el modelo de análisis de las ciencias duras. Así, desde esta perspectiva, se debería tender a la realización de procesos deductivos que permitieran la formulación de leyes generales e identificaran las fuerzas que se encontraban detrás del comportamiento político (Thelen & Steinmo, 1992). En este sentido, los investigadores debían desarmar a los fenómenos complejos como forma de llegar a sus partes constitutivas, y esas partes eran las unidades de análisis adecuadas. Existía gran presión por realizar estudios más cuantitativos, restringiéndose al análisis de factores que pudieran ser medidos, como los comportamientos – actitudes o votos – y no como las instituciones (Steinmo, 2008).

Por otra parte, el desarrollo durante los sesenta y setenta de las teorías marxistas, de rational choice y funcionalistas por ejemplo, contribuyeron también a la disminución de los estudios de corte institucional, ya que entre otras cosas las instituciones políticas eran consideradas únicamente como los escenarios en los que se llevaban a cabo las diferentes disputas políticas, por lo que eran, o bien neutras políticamente, o meramente reflejaban las relaciones de poder existentes en la sociedad (Steinmo, 2001). *“...the key issue was to understand the basic processes and mechanisms motivating politics across nations, cultures and history (...) their main goal was not practical; instead, their ambitions were grander as they focused their efforts on social science’s search for the Holy Grial...”* (Steinmo, 2008).

En reacción a estas críticas y enfoques, comenzaron a surgir los primeros trabajos que podrían ser catalogados de neoinstitucionalistas como los realizados por March y Olsen o la obra *“Bringing the State Back in”* de Peter Evans, Dietrich Rueschemeyer y Theda Skocpol (1985), que comenzaron a aportar algunos elementos novedosos: por un lado, amplían notoriamente el concepto de “institución” a los procedimientos formales o informales que dan forma a la acción política; y además comienzan a plantear de forma insistente nuevas cuestiones conceptuales que tienden a buscar explicaciones más que descripciones (Fernández Pasarín, 2006). Dentro de los postulados teóricos principales del Neoinstitucionalismo, se puede señalar que desde este enfoque las instituciones son consideradas como el resultado de una construcción social esencialmente determinada por las preferencias individuales de los actores que

intervienen en dicho proceso. Sin embargo, el elemento que se agrega es que una vez creada, la institución adquiere automáticamente autonomía de acción, y es en ese accionar que la misma termina influyendo también sobre la estructura y funcionamiento de los distintos procesos políticos con los que se relaciona; rompiendo así la idea de que el Estado constituía una especie de “caja negra”.

Estas constataciones fueron ampliando el espectro de análisis, primero desde la consideración del Estado como un todo uniforme hacia su deconstrucción para poder entender diversas lógicas particulares de determinadas unidades de los gobiernos; para posteriormente comenzar a avanzar hacia la consideración y el estudio de otras instituciones externas a los Estados e incluso al sector público. A lo largo de este proceso puede identificarse la configuración de tres perspectivas de análisis institucional diferente.

### **II.3. El Institucionalismo Histórico dentro de “los tres institucionalismos”**

Si bien algunos autores prefieren hablar de enfoques diferentes, lo cierto es que aquí la opción elegida es la adoptada por Guy Peters (2003) entre otros, de considerar a los distintos tipos de abordajes neoinstitucionalistas como parte de una teoría macro. En este sentido, de particular relevancia ha sido la clasificación aportada por Hall & Taylor (1996) quienes distinguen en su análisis tres tipos de Neoinstitucionalismo: el racional, el sociológico y el histórico.

Si bien los tres enfoques comparten algunos rasgos importantes, lo cierto es que las diferencias existentes entre ellos son las que determinan una mayor o menor adecuación al análisis de un fenómeno determinado. Por ejemplo: a pesar de que tanto el Institucionalismo Racional y el Histórico comparten la atención en la interacción entre los individuos y las instituciones; el primer enfoque le otorga gran importancia a la autonomía de acción del individuo que decide racionalmente, mientras que contrariamente, el Institucionalismo Histórico pone su énfasis en las configuraciones que adoptan los arreglos institucionales y que constriñen u orientan el accionar individual. De esta manera, el enfoque orientado al Rational Choice puede ser útil para “... explicar el nacimiento, la persistencia y el funcionamiento de instituciones donde predomina el consenso entre actores, como en las legislaturas o en escenarios internacionales, o en espacios altamente competitivos, como el mercado.” (Farfán Mendoza, 2007) Pero claramente estos no son los procesos característicos dentro de las políticas sociales – donde el rol muchas veces central del Estado determina relaciones signadas por el ejercicio de la autoridad – que por el contrario se acercan al enfoque del Institucionalismo Histórico.

### II.3.1. Institucionalismo Racional

El Institucionalismo Racional o de Rational Choice se fue consolidando casi que al mismo tiempo que el IH, pero de forma paralela a él. Este enfoque de análisis surge, a pesar de la clara base individualista de esta corriente, del reconocimiento de que prácticamente todas las actividades políticas se desarrollan en el interior de diferentes instituciones, y de ahí la necesidad de incorporarlas al análisis del comportamiento individual. Es por esta razón que buena parte de los trabajos sobre instituciones que pueden ser identificados como racionalistas han optado por trabajar sobre instituciones como los Gabinetes, las legislaturas o incluso las burocracias; aunque también se han ocupado especialmente de cuestiones tales como los sistemas electorales.

Es que para este enfoque de análisis, las instituciones de alguna manera vienen a resolver diferentes problemas que trae aparejada la acción colectiva: un diseño institucional determinado es identificado como un intento por reducir determinados costos de transacción asociados una actividad dada. En este sentido, las instituciones son consideradas como *“...conjunto de reglas e incentivos que fijan las condiciones para la racionalidad restringida y establecen un “espacio político” dentro del cual pueden funcionar muchos actores interdependientes.”* (Peters, 2003)

Hall & Taylor (1996) destacan cuatro características de este enfoque: parte del supuesto que los actores políticos actúan de forma netamente instrumental y estratégica; ven a la política como una serie de dilemas de acción colectiva; ponen gran énfasis en la importancia de esta interacción estratégica para los resultados de las políticas; y entienden al surgimiento de cualquier institución como un intento de mejorar y facilitar los términos de la cooperación. En este sentido, los actores tenderán a desarrollar prácticas de adaptación a los marcos fijados por las diferentes instituciones, ya que esa será la forma más racional de alcanzar de forma más eficaz sus objetivos. Bajo este esquema de funcionamiento del juego político, la racionalidad colectiva se puede alcanzar a partir de las racionalidades individuales que son adoptadas para convivir con las reglas institucionales existentes (Peters, 2003).

A diferencia del Institucionalismo Histórico, para este enfoque la construcción de las instituciones se da básicamente sobre terreno limpio, en el sentido de que la historia y los procesos precedentes no tendrán gran impacto sobre la nueva institución. En la medida que se presente un problema de acción colectiva que debe ser resuelto, y estén presentes los incentivos necesarios para que a un número importante de actores les sea provechoso tener una nueva institución, la misma surgirá sin mayores inconvenientes (Peters, 2003). Por eso, y siguiendo esta misma línea de razonamiento, el cambio institucional desde esta perspectiva será considerado fundamentalmente como una actividad exógena, que entre otras cosas puede estar indicando la existencia de errores en el diseño original de la institución. Entonces estos momentos de cambio

serán analizados simplemente como procesos conscientes y específicos, y no como un fenómeno con cierta continuidad, que es parte del proceso de aprendizaje y consolidación de las instituciones, como sí ocurre con los otros tipos de institucionalismo presentados aquí.

### **II.3.2. Institucionalismo Sociológico**

Respecto al Institucionalismo Sociológico, el mismo también surge hacia finales de los años setenta del siglo pasado, a raíz de la necesidad de romper con la dicotomía existente para explicar diferentes fenómenos entre visiones racionalistas y culturalistas. Partiendo de trabajos fundacionales como los de Max Weber, relativos a la supremacía de las estructuras burocráticas del tipo racional-legal dentro del marco de las sociedades modernas, estos investigadores comenzaron a argumentar que muchos de los procedimientos y estructuras institucionales no respondían simplemente a cuestiones de eficiencia, sino que por el contrario, las mismas respondían a prácticas culturales específicas a determinadas sociedades. En definitiva, se parte de la convicción de que existe un vínculo directo entre los valores culturales de una sociedad u organización específica, y las estructuras formales que en ese contexto se construyen (Peters, 2003).

Dentro de sus características constitutivas, Hall & Taylor destacan que, por un lado, este enfoque parte de una definición más amplia de institución, rompiendo así la dicotomía instituciones-cultura; por otra parte, dentro de la relación entre instituciones e individuos, las primeras aportan las categorías y modelos cognitivos que le permiten a los individuos interpretar el mundo que los rodea y actuar en consecuencia; y las nuevas instituciones no nacen para buscar una mejora en la eficiencia, sino por cuestiones asociadas a la legitimidad de la organización o de sus integrantes (Hall & Taylor, 1996). Estas características permiten advertir las diferencias entre esta corriente y la racionalista presentada anteriormente.

Si se parte de esta idea de que las instituciones son sistemas de significados, parece lógico que la pertenencia del individuo a una u otra institución termine influyendo directamente sobre el marco conceptual – el lente – con el que se observan, y sobre todo interpretan, los diferentes fenómenos sociales, económicos y políticos. Desde esta perspectiva surgen entonces ciertas preguntas que difieren de las realizadas por los enfoques restantes, por ejemplo: ¿Por qué ciertas formas institucionales que son relativamente similares, terminan apareciendo en ambientes y contextos sociales y políticos que no se parecen en absoluto? La respuesta surge a partir de la idea de isomorfismo institucional, que alude a la tendencia a que ante condiciones similares de desarrollo o crecimiento por ejemplo, las diferentes sociedades tenderán a organizarse de forma un tanto similar entre ellas.

Otro aspecto que diferencia al Institucionalismo Sociológico del Institucionalismo Racional, y que al mismo tiempo lo acerca también al Institucionalismo Histórico,

consiste en que este enfoque de análisis aporta muchísima mejor información para poder comprender el proceso de creación y configuración de la institución, que para analizar los productos y resultados del accionar de la misma. En relación al cambio institucional, también es pertinente destacar que se considera a estos procesos como variables dinámicas, acumulativas en el tiempo, y por eso es muy útil la idea de “sedimentación”. Los valores existentes de forma previa al cambio tienen relevancia porque no pueden ser borrados de un plumazo, sino que por el contrario los mismos conformarán una capa sobre la que se afianzarán los nuevos valores. Al mismo tiempo, estas capas también oficiarán como límite a las opciones de cambio, ya que será muy difícil lograr consolidar valores que colisionen fuertemente con los ya existentes (Peters, 2003).

### II.3.3. Institucionalismo Histórico

Finalmente, el Institucionalismo Histórico tiene como fundamento principal su atención analítica en “...los procesos de gestación y adopción de decisiones políticas en su evolución y secuencias históricas.” (Farfán Mendoza, 2007). Este enfoque, surgido en la década del noventa en los Estados Unidos, tiene como uno de sus objetivos esbozar explicaciones de los distintos procesos políticos que analiza; partiendo de la premisa de que las instituciones y los distintos conjuntos de reglas formales e informales condicionan y determinan en gran medida el comportamiento de los actores políticos ya que no solo enmarcan las posibilidades de acción de los mismos, sino que además distribuyen los recursos existentes de una manera particular que beneficia a unos y perjudica a otros (Sánchez de Dios, 2008). Por otra parte, “*Historical institutionalism is neither a particular theory nor a specific method. It is best understood as an approach to studying politics.*” (Steinmo, 2008).

Desde este enfoque, las instituciones son definidas como “...formal or informal procedures, routines, norms and conventions embedded in the organizational structure of the polity or political economy.” (Hall & Taylor, 1996) Estos autores, presentan como características principales y a su vez distintivas de los otros enfoques, una conceptualización amplia de las relaciones entre las instituciones y el comportamiento de los individuos. Además, pone especial énfasis en las asimetrías de poder que generan los diferentes marcos institucionales, al tiempo que el desarrollo de estas instituciones está fuertemente condicionado por la trayectoria del pasado – path dependence – y por el hecho de que su creación entabla consecuencias en el mediano y largo plazo que escapan a los objetivos de su creación. Por último, pero no menos importante, estos autores destacan especialmente la búsqueda de integrar dentro del análisis institucional con la importancia que para los resultados de las diferentes políticas pueden tener otro tipo de factores, fundamentalmente las ideas.

Siguiendo otras conceptualizaciones del IH, de acuerdo a Pierson y Skocpol (2008), existen tres rasgos que caracterizan a los estudios de Institucionalismo Histórico en la

Ciencia Política contemporánea: que abordan cuestiones amplias, de interés diverso – de hecho son la vertiente que utiliza la definición más amplia de “institución” –; le dan mucha importancia a la cuestión temporal, y de ahí gran parte de la originalidad del planteo, en el sentido de rastrear las secuencias de creación y transformación de un fenómeno determinado; y por último, analizan contextos macro en busca de efectos combinados entre las instituciones y los procesos analizados. Este enfoque, claramente se ha constituido en una fuerte alternativa a los enfoques más estructuralistas, que parten del supuesto de que la mera existencia de un conjunto de condiciones socioeconómicas o políticas debería determinar resultados bastante similares en diferentes regiones (Farfán Mendoza, 2007). Así, uno de los valores fundamentales de esta corriente de análisis se encuentra de alguna manera en su alcance medio a nivel teórico, ya que intenta comprender los vínculos y relaciones entre los análisis centrados en el Estado y aquellos de corte sociocéntrico (Thelen & Steinmo, 1992).

Un claro ejemplo en este sentido, y relacionado con este trabajo, es el del surgimiento de los Estados de Bienestar en el mundo occidental industrializado, y las diferentes configuraciones que fueron adoptando dichos países a pesar de enfrentarse a priori a problemas sociales y condiciones estructurales muy similares sino idénticas. Estudios como el de Esping Andersen (1990) o Pierson (2001) son claros ejemplos de investigaciones que pueden ser enmarcadas dentro del Institucionalismo Histórico, y que dan cuenta justamente de algunos de los factores que explican caminos divergentes entre países que comparten ciertos factores estructurales. En esta línea, se puede decir que *“...gran parte de la investigación en el Institucionalismo Histórico adopta un enfoque de nivel meso, concentrándose, por ejemplo, en los desarrollos de políticas de un área particular o cambios en áreas organizacionales.”* (Pierson & Skocpol, 2008) Partir justamente desde una perspectiva de análisis histórica, lo que implica cierto escepticismo respecto a la noción de variable independiente; *“Historical institutionalists (...) are explicitly interested in these interactive effects on the interdependence of multiple causal variables.”* (Steinmo, 2008)

Los resultados políticos desde esta perspectiva, estarán fuertemente condicionados por el rumbo y las configuraciones definidas inicialmente. De ahí la importancia de analizar los fenómenos políticos desde una perspectiva diacrónica: en general desde esta perspectiva, un fenómeno presente será explicado en gran medida a partir de las diferentes opciones institucionales tomadas en el pasado. Así, las instituciones ejercen un doble efecto estructurante: al mismo tiempo que influyen en la asignación de poder entre los diferentes actores, también están incidiendo en las metas que estos actores van a definir como prioritarias.

Además de los trabajos estructurados en torno al Institucionalismo Histórico citados anteriormente, a nivel de la conformación y reformas de los sistemas de salud sobresalen algunas investigaciones y artículos que abordan estas cuestiones desde

este enfoque teórico, y que por lo tanto, naturalmente pueden ser considerados antecedentes directos o inspiraciones a este trabajo. Dentro de la literatura mencionada se resaltarán simplemente a modo ilustrativo los trabajos de Immergut (1992) y de Steinmo junto a Watts (1995).

En su libro *“Health Politics”*, Ellen Immergut básicamente se pregunta por qué algunos países desarrollan amplios sistemas nacionales de salud, mientras otros tienen en cambio seguros fragmentados y descentralizados. Para responder esta pregunta, compara los intentos legislativos por establecer seguros nacionales de salud en Francia, Suecia y Suiza. En su análisis, se desprende la importancia de las instituciones políticas para poder explicar las diferentes soluciones o respuestas a las que arribaron estos tres países, a pesar de compartir fuertes similitudes en las propuestas y una estructura de actores y de intereses también compartidas. De acuerdo a la autora, fueron las instituciones políticas nacionales las que determinaron el balance de poder existente entre autoridades públicas y grupos de presión, y el grado de influencia que estos últimos podían tener o no sobre los representantes democráticamente electos. Así, cuestiones como la autonomía del Ejecutivo respecto al Legislativo o la existencia o no de mecanismos de democracia directa que pudieran bloquear algunas iniciativas, son determinantes para comprender estos caminos diferentes.

Por su parte Sven Steinmo y Jon Watts, en su artículo *“Its the institutions, stupid!”*, analiza las razones por las cuales a lo largo de prácticamente todo el siglo XX, el sistema político de Estados Unidos fue incapaz de llevar adelante una reforma de su sistema sanitario, que avanzara entre otras cosas a una universalización de la cobertura, así como también hacia mecanismos de mayor solidaridad y justicia redistributiva. En este sentido, luego de descartar explicaciones de corte culturalista o basadas en la presión de los grupos de interés, el autor encuentra una interesante veta de explicación de estos bloqueos en cómo se fue construyendo el marco institucional norteamericano desde “los padres fundadores”: por ejemplo, la diferencia con Europa respecto al acceso al derecho al voto de las clases trabajadoras. Mientras que en los países europeos este derecho fue producto de conquistas sociales, para los trabajadores estadounidenses este derecho estuvo garantizado desde el inicio. Este hecho, entre otras cosas, habilitó el crecimiento de partidos políticos que crecieron con una clara orientación hacia el patronazgo, en oposición a canales democráticos de participación y control (Steinmo & Watts, 1995).

Antes de comenzar a observar los conceptos fundamentales que caracterizan los estudios que utilizan al Institucionalismo Histórico, cabe señalar algunas fortalezas y debilidades que se le achacan a este enfoque. En primer lugar, dentro de las ventajas de este abordaje teórico hay que mencionar, como fue presentado anteriormente, su capacidad para aportar respuestas explicativas a diferentes consecuencias políticas dentro de contextos y estructuras en principio similares. Esto se debe en parte a que, a



diferencia del Rational Choice, que trabaja generalmente con una “caja de herramientas universal”, el IH desarrolla sus análisis a través de la interpretación de los hechos que se observan (Thelen & Steinmo, 1992). Mientras que el análisis centrado en el racionalismo se realiza de forma deductiva, a partir de una serie limitada de asunciones que tienen la pretensión de ser universalmente aplicables; la aproximación del Institucionalismo Histórico a los fenómenos estudiados es la de generar hipótesis explicativas a partir de un análisis inductivo.

En segundo lugar, estos estudios le otorgan gran importancia a la formación de coaliciones políticas, a la configuración institucional previa y a las ideas que influyeron en la toma de decisiones; y sobre todo: a la interacción de estos factores dentro de una misma organización. Esto determina que se puedan alcanzar análisis micro que es lo que muchas veces aporta los matices o diferencias entre los casos. Por último, este enfoque parte de “...*fundamentos metodológicos más interpretativos y de largo plazo, y menos cuantitativos y cortoplacistas*” (Farfán Mendoza, 2007). Como tercer punto a resaltar, aparece la cuestión de la causalidad de los fenómenos estudiados. En este sentido, en líneas generales los estudios identificados como institucionalistas históricos no le adjudican la explicación a una única variable, sino que por el contrario, los mismos tienden a explicitar las complejidades existentes en cualquier tipo de relación política a partir del reconocimiento del conjunto de variables intervinientes y procurando dar cuenta de cómo se producen las relaciones entre las mismas, que en última instancia determinan los resultados de política (Thelen & Steinmo, 1992).

Del lado de las debilidades que se asocian con este enfoque, principalmente se le adjudica una mayor facilidad para explicar la estabilidad y la persistencia de las instituciones por un lado, pero una menor capacidad para explicar claramente los procesos de cambio institucional, por lo que sería una suerte de análisis ex post lo único que permitiría realizar. De alguna manera, relacionada con este punto, aparece la idea de que este enfoque le otorga muy poco peso al individuo como actor central, y lo subsume demasiado a los constreñimientos que marcan las instituciones. Esto determina entre otras cosas, que si el individuo posee escaso margen de rediseñar las instituciones, es normal que las mismas tiendan a perpetuarse casi de forma incambiada en el tiempo. Finalmente, un cuestionamiento un tanto más general hace referencia a la falta de regularidad científica; lo que le impediría desde este punto de vista ofrecer generalizaciones y regularidades empíricas, entre otras cosas por los pocos casos que puede abordar un estudio de este tipo (Farfán Mendoza, 2007).

Dentro de los propios investigadores asociados a este enfoque de análisis, los límites que se le han reconocido son muy similares, pero en este caso estas dichas críticas son tomadas como el punto de partida para continuar complejizando y mejorando la teoría. En este sentido, la gran mayoría de los estudios que han tomado este marco han sido de gran utilidad para explicar, o bien la continuidad y persistencia de ciertas

instituciones dentro de un mismo país a lo largo del tiempo; o bien para dar cuenta de diferencias existentes entre diferentes casos en un momento dado (Thelen & Steinmo, 1992). Lo que no están considerando estos estudios es la posibilidad de que efectivamente se produzcan cambios institucionales a lo largo del tiempo dentro de un país, y que los mismos no respondan ni a grandes crisis ni a grandes transformaciones estructurales. Por ejemplo un cambio dentro de ciertas instituciones asociadas al comercio puede estar condicionado por algún tipo de transformación a nivel internacional, es decir: de forma exógena al propio sistema en el que se encuentra insertada la institución.

Uno de los principales modelos de cambio institucional utilizados por esta corriente es el de “equilibrio puntuado” desarrollado por Stephen Krasner que esencialmente plantea que las instituciones generalmente pasan por períodos de gran estabilidad en los que las mismas condicionan y estructuran las relaciones políticas y sociales, hasta que se producen puntualmente períodos de crisis determinados por transformaciones exógenas al ambiente, que son los que habilitan cambios en las instituciones existentes a partir de las luchas y conflictos que se habilitan con la nueva coyuntura (Krasner, 1984). El problema que plantea este modelo en relación a los límites que se venían marcando es que *“...institutions explain everything until they explain nothing. Institutions are an independent variable and explain political outcomes in periods of stability, but when they break down, they become the dependent variable...”* (Thelen & Steinmo, 1992).

Tomando en cuenta estos comentarios, cabe precisar que para los objetivos de esta investigación, las ventajas que ofrece este enfoque de análisis son por demás útiles para afrontar la misma, al tiempo de que algunas de las críticas presentadas pueden ser salvadas sin problemas. Como bien señala Steinmo (2008), en los últimos años se han estado desarrollando importantes avances dentro de los académicos que utilizan este enfoque de análisis en dos cuestiones: un mejor entendimiento de los procesos de cambio institucional; y asociado a esto, un mayor esfuerzo por comprender y dimensionar el rol de las ideas dentro las políticas y la historia. Para poder salvar el problema de la visión estática de los procesos, se vuelve absolutamente necesario adoptar una perspectiva de cambio dinámica.

El sentido común de muchos institucionalistas indica que el cambio de y en las instituciones es complicado y difícil, entre otras razones por las constataciones empíricas de los propios estudios de este enfoque que se materializaron entre otras cosas en los conceptos que serán presentados a continuación. Pero resumidamente, cualquier institución está inserta en un complejo marco con otras instituciones, por lo que un cambio en una de ellas puede significar cambios en el resto. Esto genera resistencias. Además, las personas y los grupos invierten tiempo y recursos en adaptarse al funcionamiento de las instituciones, y cada cambio implica entonces

mayores costos, y esto también despierta resistencias (Steinmo, 2008). Si se da por válida esta situación, entonces efectivamente el cambio institucional dependerá de un shock externo, y en él, los individuos no tendrán ninguna capacidad de intervención. Esta es la postura que muchos académicos han comenzado a rechazar, y que entre otras cosas ha tenido como resultado una revalorización del papel de las ideas en el análisis institucional.

Un trabajo pionero en este sentido fue el de Peter Hall, *“Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France”*, del año 1986, en el que desarrolla un estudio sobre el poder o influencia de las ideas económicas para analizar el crecimiento del pensamiento Keynesiano. Actualmente, muchos trabajos de institucionalistas históricos han tratado de comprender la influencia de las ideas, los valores y las creencias sobre la política, y fundamentalmente sobre el cambio institucional. Para estos investigadores, el cambio institucional es producto entre otras cosas de cambios en las ideas de los actores. *“...institutional change comes about when powerful actors have the will and ability to change institutions in favor of new ideas. A group or collective may agree that a particular idea is a “good idea” IF they agree that there is a problem that needs solving, AND they agree that this solution might actually solve the problem.”* (Steinmo, 2008).

Pero además del rol de las ideas para explicar este tipo de cambios y contribuir a una visión dinámica de los procesos, también es necesario tener en cuenta que muchas otras veces los cambios pueden ser una respuesta a adaptaciones a cambios en el contexto socioeconómico o político, que lleven por ejemplo a que una institución con un papel residual pase a tener un rol predominante en la nueva coyuntura; o que la misma institución termine adoptando nuevos objetivos y/o funciones como consecuencia de ciertos cambios en los intereses de los actores, o el ingreso de nuevos actores (Thelen & Steinmo, 1992).

Siguiendo un enfoque similar al planteado en este trabajo, Trampusch (2010) se apoya en una estrategia de process tracing y en los instrumentos del Institucionalismo Histórico para explicar cómo las diferentes formas de integración política y sectorial de los sindicatos en Suiza han influido fuertemente las últimas reorientaciones de las estructuras tradicionales de bienestar, de corte liberal, hacia políticas de orientación corporativa. Este cambio se produjo a partir de una situación de crisis que derivó en un rol cada vez más importante de los sindicatos en la formulación de propuestas de reforma.

Esta forma de aproximarse al cambio institucional – dinámico y gradual – intentará ser desarrollado y ampliado en este trabajo, ya que el cambio en las ideas predominantes o hegemónicas relacionadas no sólo con el sistema sanitario, sino en forma más general con el rol que el Estado debería jugar en el desarrollo económico y social del país serán variables importantes a considerar en el análisis. Estos cambios habrían

permeado no sólo al sistema político, sino también a los grupos de presión del sector sanitario, quizás incluso reforzado por la crisis del sector y el consenso sobre la necesidad de la reforma.

En el apartado siguiente se presentan algunos de los conceptos clásicos que aporta el IH para el análisis de estos procesos. Como se observará a continuación, dichos conceptos responden en buena medida a la versión más clásica del enfoque. En este sentido, y como ya se ha repetido anteriormente, los mismos serán utilizados posteriormente en el análisis y comprensión de algunos de los fenómenos o momentos de la evolución del sector salud y la matriz de protección social en Uruguay. Pero por otra parte, será necesario también desarrollar algunos de los modelos y categorías de análisis presentados últimamente para analizar aquellos procesos de cambio institucional gradual. Los mismos serán descritos en el apartado II.4.

### II.3.3.a. Elementos centrales del IH “clásico”

---

Partiendo de la base que el Institucionalismo Histórico no es una teoría acabada, sino que es un enfoque analítico; el mismo no tiene un marco teórico extremadamente definido. Por el contrario, este enfoque posee una serie de conceptos que se deben conceptualizar a la luz de las necesidades y objetivos del trabajo en cuestión. Dichos conceptos, que serán desarrollados a continuación, son los siguientes: path dependence, coyunturas críticas, rendimientos crecientes o increasing returns, efecto *lock in* (Farfán Mendoza, 2007; Fernández Pasarín, 2005; Pierson, 2000; Pierson & Skocpol, 2008; Sánchez de Dios, 2008).

35

---

De cualquier manera, es necesario aclarar que no todos estos conceptos tienen el mismo estatus por así decirlo. Diversos investigadores consideran al *Path Dependence* como un modelo de cambio institucional en sí mismo, pero independientemente de este hecho, sin dudas es el concepto central en este tipo de estudios. Por lo tanto, si partimos de dicha centralidad, se puede considerar al resto de conceptos como complementos o refuerzos de la noción de path dependence.

#### *Path Dependence*

Este concepto nació con la intención de explicar en un principio, la permanencia de determinados productos tecnológicos en el mercado, a pesar de estar desfasados respecto a las innovaciones que se iban produciendo (Fernández Pasarín, 2005). En líneas generales por lo tanto, la noción de path dependence estaría aludiendo a la existencia de resistencias al cambio de parte de determinadas instituciones. Así considerado, este concepto por lo tanto puede ser perfectamente asimilado a los análisis provenientes de la ciencia política, en el entendido de que cualquier cambio o reforma institucional va a estar determinado por los diseños y opciones institucionales que se tomaron en primera instancia: hay entonces una dependencia de la trayectoria

tomada inicialmente. “...*we cannot understand the significance of a particular social variable without understanding “how it got there”- the path it took.*” (Pierson, 2000)

Es fundamental desde esta perspectiva el reconocimiento de la secuencia en la que las decisiones o configuraciones institucionales fueron tomadas: el orden en el que los eventos se van desencadenando es la clave para entender los resultados de cualquier proceso político. Esto se debe entre otras cosas a que dichas opciones fueron, en cada caso, restringiendo las alternativas existentes para el paso posterior (Pierson & Skocpol, 2008). Claramente esta noción aparece estrictamente vinculada con el concepto que se repasará a continuación: el de increasing return effect o positive feedback. De acuerdo a Pierson (2000) esta persistencia institucional es producto de dos factores: la retroalimentación de la propia política por un lado y la generación de un funcionamiento auto-referido que existe en cualquier proceso de desarrollo institucional.

Un ejemplo de investigación basada en la utilización del path dependence es el desarrollado por Häkkinen & Lehto (2005), quienes repasan diferentes cambios en el sistema sanitario finés en ámbitos como el financiamiento y la calidad de los servicios, durante las últimas décadas. La conclusión a la que arriba este trabajo es que tanto en contextos de crisis económica como de expansión y crecimiento, ningún cambio logró romper y transformar la configuración característica del sistema, convirtiéndose por lo tanto en ajustes marginales.

### *Increasing return effect*

Esta noción alude básicamente a las causas de la reproducción institucional. En este sentido, se está haciendo referencia a una serie de mecanismos que tienen las instituciones para reforzar su funcionamiento y poder continuar cumpliendo con sus cometidos. Se pueden identificar al menos cuatro procesos que contribuyen a esta idea de increasing return (Fernández Pasarín, 2005): en primer lugar, aparece la idea de que los costos fijos asociados a la creación y consolidación de una institución cualquiera, son tan importantes que es bastante complicado sustituirla rápidamente por otra.

En segundo lugar, aparece una noción planteada por Pierson, *learning effects*, que pone el énfasis en el hecho de que pasado un tiempo de funcionamiento estable de una institución dada, los actores relacionados con la misma ya han generado y aprendido una serie de procedimientos y han fortalecido determinadas relaciones con el resto de integrantes que vuelven complicados los planteos de cambios radicales de dicha lógica. Es decir, pone el énfasis en los costos crecientes que existen para pasar de una opción a otra cuanto mayor sea el tiempo transcurrido desde la decisión inicial (Pierson, 2000).

Tercero, aparecen consignados los problemas de coordinación. Cualquier institución o actor no realiza sus tareas de forma aislada, sino que se encuentra íntimamente relacionada con otros actores. Esto determina que cualquier cambio que se desarrolle dentro de una institución del sistema va a influir y alterar las relaciones con el resto de actores e instituciones. De ahí que cuanto mayor sea la dificultad para que el entorno se adapte a los cambios de la institución que pretende reformarse, mayores serán los costos y las presiones que la misma deberá enfrentar.

Finalmente, el concepto de increasing return se ve explicado en parte por las expectativas acerca de la reacción del resto de instituciones a los cambios que la propia institución va a llevar adelante. En cuanto a las características de los procesos de retornos crecientes, las mismas se pueden resumir en las siguientes (Arthur, 1994 citado en Pierson, 2000): a- su imprevisibilidad, debido a que los eventos tienen efectos de largo plazo y tiene incidencia el azar, los resultados pueden ser muy variados; b- inflexibilidad, cuanto más avanzado sea el proceso, más difícil será moverse a otro path; c- “todo cuenta”, porque incluso eventos accidentales no deben ser ignorados, ya que en el futuro van a intervenir en futuras decisiones; d- ineficiencia potencial del path, en el largo plazo, el resultado final que bloquea, termina generando menor rendimiento que las alternativas que puedan aparecer.

#### *Lock in effect*

Este sería de alguna manera el efecto de la noción de path dependence: alude a las inercias propias de un camino ya iniciado, y por lo tanto, a la dificultad que tienen los actores para salir de ese camino. Pero si el enfoque del Institucionalismo Histórico se quedara solamente en estos conceptos, estaría debilitando notablemente su capacidad analítica de las instancias de cambio institucional. Hasta aquí, todas las evidencias y secuencias de razonamiento parecen estar dirigidas a concluir que las instituciones son estables y que tienden a perpetuarse de forma incambiada a lo largo del tiempo. Si bien el Institucionalismo Histórico considera que esto ocurre así en líneas generales, no deja de reconocer que las instituciones cambian, se reforman e incluso a veces son sustituidas por otras. Para explicar estos momentos claves en el desarrollo institucional es que se recurre a la noción de *critical juncture* o coyuntura crítica.

#### *Critical juncture*

A lo largo de la historia de las instituciones, la mayoría del tiempo se caracteriza por situaciones de estabilidad, pero también existen momentos en los que dicha estabilidad se ve desafiada por alguna circunstancia particular que incorpora instancias de conflicto – que puede ser de diversa índole – que determina que se produzcan cambios en dichas instituciones. Para Collier y Collier (1981) una coyuntura crítica puede ser definida como “...a period of significant change, which typically occurs in

*distinct ways in different countries (or in other units of analysis) and which is hypothesized to produce distinct legacies.”* El elemento que desencadena esta situación proviene en líneas generales del entorno político y social y generalmente consisten en instancias excepcionales como una revolución o un golpe de Estado. Son en esos momentos en los que se producen el tipo de decisiones que terminarán condicionando los desarrollos posteriores de manera determinante.

Sin embargo, a los efectos de este trabajo esta conceptualización parece todavía demasiado restringida para determinar qué tipo de acciones o momentos son considerados válidos o lo suficientemente trascendentes como para introducir cambios sustanciales en el sistema institucional. Por este motivo, para esta investigación se ampliará el enfoque incluyendo como instancias importantes a la hora de generar espacios para la innovación institucional, la noción de “ventanas de oportunidad” (Kingdon, 1995). Esta noción incorpora momentos políticos que si bien también alteran la estabilidad, los mismos no alcanzan a ser tan rupturistas como las coyunturas críticas. Así, reformas constitucionales, cambios del signo del gobierno después de varios años de hegemonía partidaria, o la generación de amplios pactos sociales o mayorías parlamentarias pueden dar lugar también a fuertes innovaciones o incluso retrocesos en materia institucional y en la elaboración y gestión de las políticas públicas.

Este es el caso del tema que ocupa este trabajo: el acceso al gobierno del Frente Amplio es considerado una ventana de oportunidad para introducir cambios estructurales importantes por varios motivos: fue el primer gobierno de la historia del Uruguay dirigido por un partido de centro-izquierda; lo hizo gozando de mayoría absoluta en ambas cámaras del Poder Legislativo; claramente presentaba afinidades importantes con las propuestas de la principal organización sindical del país; y existía tanto en el sistema político en su conjunto como en la ciudadanía en general, un consenso importante acerca de la necesidad de introducir una serie de reformas en determinadas áreas clave para el bienestar y el desarrollo del país.

### II.3.3.b. Problemas del modelo de Path Dependence

Existen ciertos problemas asociados a este modelo de análisis, que básicamente refuerzan las críticas al Institucionalismo Histórico que fueron mencionadas anteriormente. Estas dificultades, presentada por Michael Howlett (2009) pondrían de alguna manera en entredicho la capacidad del enfoque para constituirse en un modelo explicativo de carácter general, dejándolo como una alternativa que puede ser muy buena para ser aplicada en un número limitado y específico de casos. En primer lugar, de acuerdo a este autor, el enfoque de Path Dependence plantea que generalmente serán los grupos de mayor escala – en términos de recursos de poder, ya sean políticos

o económicos – quienes terminen saliendo airoso de las luchas de poder, porque los mismos poseen mayores recursos que los grupos pequeños. El problema radica en que este argumento estaría dejando de lado fundamentalmente la relevancia que algunas veces tiene la capacidad de las estrategias discursivas de influenciar la toma de decisiones, y que muchas veces no se correlacionan con el tamaño del grupo en cuestión.

En esta misma línea de la importancia que tienen las ideas en este tipo de procesos, es que se cuestionan otros supuestos de este enfoque: por un lado, si bien es cierto que seguramente los actores que se benefician de las instituciones existentes tengan la tendencia a utilizar sus recursos de poder para reforzar esta situación, nada impide que otros grupos con capacidad de movilizar recursos no deseen promover un cambio. Esto debilitaría en parte la noción de *Lock in*. Por otra parte, al mismo tiempo que el aprendizaje de los diferentes actores puede reforzar el enraizamiento de las instituciones, este mismo aprendizaje puede implicar la importación de estrategias o reformas que impliquen cambios sustantivos en el escenario existente (Howlett, 2009). Finalmente, otro matiz presentado por este autor se encuentra en el hecho de que este enfoque en la mayoría de los casos realiza un énfasis desmesurado en las contingencias para explicar la aparición de una nueva trayectoria, cuando por el contrario diversos estudios a partir del enfoque de las ventanas de oportunidad *“...have found that these only rarely open and close at random but are typically linked to institutionalized events such as periodic elections...”* (Howlett, 2009).

De cualquier manera, este enfoque ha resultado, y resulta, extremadamente útil, por ejemplo para comprender las razones del fracaso de muchas de las iniciativas de recorte a los Estados de Bienestar durante las décadas del ochenta y noventa del siglo pasado. Debido a que el centro del enfoque está en la estabilidad y resistencia institucional, dicho rendimiento para casos de reacción o bloqueo político-institucional parece más que lógico. Pero los resultados ya no son los mismos cuando se utiliza el modelo para intentar explicar o entender fenómenos más asociados al cambio. En el modelo de equilibrio puntuado desarrollado anteriormente – que incorpora una de las nociones más utilizadas de Path Dependence –, se produce una distinción muy clara entre los momentos de innovación institucional, determinados por la existencia de coyunturas críticas, y aquellos de reproducción institucional, donde los cambios que se pueden llegar a producir no son más que ajustes que tienen por objetivo la supervivencia de la institución (Streek & Thelen, 2005).

Estos mismos autores plantean los límites y problemas asociados a la adopción de este corte tan brusco entre la estabilidad y el cambio institucional. Para ilustrar los diferentes énfasis, y ubicar el tipo de cambio institucional que su modelo pretende analizar, se distingue entre procesos de cambio, que puede ser incremental o abrupto;



y los resultados del cambio, que pueden implicar tanto continuidad como discontinuidad (Streeck & Thelen, 2005). Dicha distinción se observa claramente en la Figura 2.

**Figura 2. Tipos de cambio institucional**

		Resultado del cambio	
		Continuidad	Discontinuidad
Proceso de cambio	Incremental	Reproducción por adaptación	Transformación gradual
	Abrupto	Supervivencia y retorno	Quiebre y reemplazo

Fuente: Streeck & Thelen, 2005.

Desde el modelo de Path Dependence y equilibrio puntuado al que se viene aludiendo, el único cambio institucional propiamente dicho es aquel que implica un quiebre y reemplazo, al tiempo que aquellos movimientos incrementales que puedan aparecer son los que responden a la reproducción por adaptación señalados en la Figura 1. Pero justamente dicha figura deja en evidencia un tipo de cambio institucional que nos considerado por este modelo, y que es el referido a procesos de cambio que se van dando de forma incremental a lo largo del tiempo, pero que eventualmente llevan a un quiebre en la continuidad institucional. *“Rather than big changes in response to big shocks, we will be looking for incremental change with transformative results.”* (Streeck & Thelen, 2005).

---

40

A la hora de desarrollar este nuevo enfoque, los autores parten de una concepción de las instituciones como regímenes, ya que la misma habilita una serie de interpretaciones dentro de las que se encuentra por ejemplo que al poner como centro a aquellas instituciones que operan como reglas formalizadas que pueden hacerse cumplir mediante la intervención de terceros actores, se produce una importante distinción respecto a las nociones más voluntaristas o ingenuas del Rational Choice que consideran a las instituciones únicamente como facilitadoras de la coordinación entre actores. En dichas concepciones existe poco espacio para el conflicto y no da lugar a diferencias entre las normas escritas y la aplicación real de las mismas (Streeck & Thelen, 2005).

En segundo lugar, muchas veces no queda clara la distinción entre instituciones y políticas, o mejor dicho: qué políticas deben ser consideradas instituciones. Dicha precisión no es menor ya que habilita a las teorías de cambio institucional operar a la vez como teorías del cambio político, y por lo tanto, en el caso de este trabajo, permite justificar la adopción de este enfoque para el estudio de la reforma de la salud en Uruguay. Las políticas serán consideradas instituciones cuando las mismas impliquen reglas de comportamiento tanto para los actores, tanto públicos como privados, involucrados en la misma, como para los propios políticos encargados de su diseño.

Por otra parte, esta concepción habilita que gran parte de la atención se ubique en las actividades y relaciones que se producen al interior de este régimen, entre quienes son los encargados de producir las reglas y aquellos que constituyen el objeto de dichas reglamentaciones. Las posibilidades de que se produzcan cambios graduales endógenos a las propias instituciones estarán dadas en buena medida por los espacios o las inconsistencias existentes entre el comportamiento ideal que se promueve con la aplicación de una regla y los patrones reales de conducta. Estas inconsistencias pueden estar determinadas por alguno de los siguientes factores: por un lado, el significado de cualquier tipo de regla o norma está sujeto a una interpretación subjetiva que puede estar influida por el contexto en el que la misma es aplicada.

Finalmente, debido a las limitaciones cognitivas de quienes producen las reglas, la aplicación de las mismas puede generar resultados no previstos que necesariamente conduzcan a la realización de adaptaciones para corregir el rumbo. Además, muchas veces quienes deben aplicar las normas (burocracias públicas por ejemplo) y quienes son objeto de las mismas (público beneficiado o perjudicado por una política por ejemplo) no están de acuerdo con ellas e intentan modificarlas a través de su aplicación o directamente ignorarlas. En definitiva, las agencias encargadas de garantizar la correcta aplicación de las reglas no siempre pueden cumplir con su tarea, evitando comportamientos desviados de las mismas. Un claro ejemplo señalado por Streeck & Thelen (2005) es el del trabajo informal, que incluso muchas veces se observa más claramente en las economías más fuertemente reguladas.

---

41

Esta perspectiva le otorga un carácter más dinámico a las instituciones, que de alguna manera ya no serían caracterizadas por su rigidez y los fuertes límites que condicionan el comportamiento de los individuos y grupos, sino que por el contrario las mismas son creadas y recreadas continuamente por diversos actores con una amplia variedad de intereses, conocimientos, pero fundamentalmente: variados recursos de poder para lograr imponer sus visiones de la realidad (Streeck & Thelen, 2005).

Este enfoque de ninguna manera niega las explicaciones anteriores respecto a la fuerte resistencia al cambio de las estructuras institucionales, sino que de alguna manera lo matizan, ya que el solo reconocimiento de este hecho puede estar escondiendo de alguna manera importantes transformaciones en las actividades que esas estructuras realizan, y que también hacen a la realidad de la misma. Bajo este marco, los cambios realmente fundamentales, en el sentido de quiebres en la lógica existente, se pueden producir de forma incremental e inclusive independientemente de que existan o no cambios exógenos a la institución, siempre y cuando los mismos impliquen necesariamente la adopción de nuevas lógicas de acción por parte de los actores

involucrados con la misma. Este proceso puede ocurrir de diferentes maneras, que son sintetizadas en los siguientes cuatro tipos de cambio institucional gradual<sup>4</sup>.

## II.4. Tipos de cambio institucional gradual

### II.4.1. Reemplazo o Displacement

Este tipo de cambio puede ocurrir o bien cuando nuevos modelos organizacionales se imponen poniendo en cuestión las prácticas existentes, o bien cuando a nivel político se producen cambios en el balance de poder existente entre los diferentes actores. Generalmente, a pesar de que un arreglo institucional particular pueda imponerse coyunturalmente, esto no implica de ninguna manera que no existan otras propuestas que de alguna manera desafíen o contradigan al arreglo dominante. Estas opciones se mantendrán de forma latente o con un impacto residual, hasta que se produzcan cambios en las lógicas de acción por parte de los actores, o de los actores que integran dicha institución.

Este reemplazo podría provenir desde dentro de la propia organización a través de este redescubrimiento de opciones; o bien puede ser resultado de una invasión de ideas a partir de la importación de prácticas o instituciones foráneas. Bajo esta lógica, podrían ser analizados algunos cambios de política pública en el contexto latinoamericano a partir de la influencia o la implementación directa de soluciones provenientes de los equipos técnicos de algunos organismos financieros internacionales como el Banco Mundial en el caso de muchas iniciativas de reforma del sector sanitario en la región durante la década de los noventa. Muchas veces, estos cambios de origen externo son promovidos por fuerzas endógenas que comparten los postulados pero que necesitan activar los cambios con ayuda externa (Deeg, 2005).

En definitiva, para que los cambios exógenos puedan implantar nuevas ideas es necesario que ciertos actores del interior de la institución se vean potencialmente beneficiados por los nuevos arreglos, para que de esta manera siembren el terreno para el cambio.

### II.4.2. Cambio por Capas o Layering

Este tipo de cambio parte del reconocimiento del efecto *lock in* trabajado por Pierson y presentado aquí anteriormente: dado que efectivamente existen estos espacios tan resistentes al cambio, muchos actores con intenciones de reforma han aprendido a moverse alrededor de estas estructuras, y por eso este cambio se va dando “por

---

<sup>4</sup> Si bien en el texto utilizado se habla de cinco tipos de cambio, el último tipo (agotamiento o exhaustion) en realidad hace referencia más a un quiebre institucional que a un cambio institucional. De hecho, en otros trabajos como el de Mahoney & Thelen (2010) dicha categoría yo no es ni siquiera considerada.

capas”. Un claro ejemplo dentro de las investigaciones relacionadas con las políticas de bienestar es aportado por Hacker (2005) quien muestra para el caso de las pensiones en Estados Unidos como, ante la dificultad política para recortar el sistema público de pensiones, la opción tomada fue la de – sin tocar las características del mismo – ir expandiendo paralelamente las cuentas individuales y privatizadas. El crecimiento sostenido de este nuevo instrumento fue contribuyendo lentamente a la erosión de los apoyos hacia el esquema público.

Algunas publicaciones han utilizado esta categoría de análisis para explicar algunos cambios en el sector sanitario, entre los que se pueden mencionar un artículo de Adrian Kay (2007) quien se apoya en este modelo teórico para explicar los cambios en los diferentes apoyos e incentivos que reciben los prestadores privados en el sistema de salud australiano; al tiempo que Falletti (2010) ofrece una explicación alternativa a la predominante en relación a la conformación de un Sistema Nacional de Salud de carácter público en Brasil. Para presentar este caso, la autora no sólo utiliza al cambio por capas, sino que también categoriza a los actores principales que promovieron este cambio – el conjunto de médicos conocidos como “sanitaristas”<sup>5</sup> – entre los tipos de actores identificados por Mahoney & Thelen (2010).

En el sentido contrario, una hipótesis que se manejará posteriormente para el caso de la reforma de la salud en Uruguay es que ciertos actores del sistema vieron en el fortalecimiento del principal prestador público – ASSE – una forma de cambio por capas, ya que a partir del buen funcionamiento de los hospitales y policlínicas públicas, más ciudadanos se verían motivados a optar por dichos prestadores, disminuyendo así la importancia del sector privado sin fines de lucro en el sistema. Una de las virtudes de este tipo de esquema de cambio radica en que debido a que los cambios no se meten directamente con los esquemas ya existentes, por lo general dichas iniciativas carecen de resistencias u oposiciones fuertes (Streeck & Thelen, 2005).

#### **II.4.3. Desvío o Drift**

Debido a que la estabilidad institucional no es un proceso natural, sino que la misma se alcanza a través de continuos ajustes de mantenimiento o incluso recalibración, para poder hacer frente a los cambios en el contexto político y/o económico en el que las instituciones se insertan. Cuando esto no ocurre, se producen desfasajes entre los cometidos formales de las políticas o instituciones, y la realidad a la que deben hacer frente las mismas, produciendo el desvío de las mismas. Muchas veces, este tipo de cambios se produce sin necesidad de que existan maniobras implícitas, o también a partir de no decisiones, en el sentido de definir políticamente no intervenir en una nueva coyuntura o problema social. Muchas veces, la preocupación por evitar recortes

---

<sup>5</sup> El caso de la reforma en Brasil será retomado en el Capítulo V.

o reconfiguraciones de las políticas existentes no tomó en cuenta el conjunto de decisiones tomadas alrededor de las mismas y que las condicionan de forma importante. De esta forma, al no actualizar beneficios o beneficiarios, las políticas pueden morir o sencillamente pasar a cumplir un rol marginal al interior de la matriz de protección por ejemplo (Streeck & Thelen, 2005).

#### **II.4.4. Transformación o Conversion**

A diferencia del desvío o del cambio por capas, en la transformación de las instituciones las mismas nunca llegan a los niveles de decaimiento o deterioro de los primeros. En este caso lo que se produce es un re direccionamiento de los objetivos o funciones producido ya sea por cambios en el ambiente que llevan a una reorientación de los recursos, o bien debido a cambios en las relaciones de poder entre los actores involucrados o por el ingreso de nuevos actores. De alguna manera, la transformación institucional operaría con una lógica inversa a la asociada con el efecto *Lock in*: aquí, los actores no adaptan sus estrategias a las instituciones existentes, sino que las instituciones se transforman para adecuarse a los nuevos intereses y objetivos de los actores (Streeck & Thelen, 2005).

#### **II.5. Los actores que propician el cambio gradual de las instituciones**

Esta teoría del cambio institucional maneja como uno de los aspectos centrales la idea de obediencia o cumplimiento de las reglas institucionales. La necesidad de cualquier marco institucional de ser aceptado y respetado lleva a que el cumplimiento pase a ser considerado como una variable clave ya que: *“The need to enforce institutions carries its own dynamic of potential change, emanating not just from the politically contested nature of institutional rules but also, importantly, from a degree of openness in the interpretation and implementation of these rules.”* (Mahoney & Thelen, 2010) Es decir: cuanto mayor es la capacidad de los diferentes actores políticos y sociales de contestar o de interpretar libremente las reglas existentes, más sencillo será realizar cambios en las mismas.

El aprovechamiento de estas libertades a la hora de interpretar las reglas tiene una gran relevancia ya que las mismas van a tener un impacto directo en la distribución de los recursos de poder entre los diferentes actores, y por ende, en la viabilidad o no de cierto tipo de cambios. Tomando este punto como válido, se torna necesario observar a los diferentes actores participantes en estos procesos de una forma más compleja a la que separa a los mismos entre ganadores y perdedores de un proceso determinado, ya que muchas veces las iniciativas de cambio no provienen necesariamente de los ganadores anteriores, sino que dicha separación se va difuminando con el tiempo (Mahoney & Thelen, 2010).

Con la intención de generar una mejor conceptualización de los diferentes tipos de actores o agentes que pueden intervenir, e incluso facilitar los procesos de cambio, estos autores parten de que cada uno de los tipos de cambio institucional gradual teorizados por Streeck & Thelen (2005) pueden ser facilitados por la aparición de los siguientes agentes de cambio: Insurrectos, Simbióticos, Subversivos y Oportunistas. La inclusión o no de un agente de cambio en estas categorías se determina a partir de las respuestas a las siguientes preguntas: ¿El actor en cuestión pretende preservar las reglas institucionales existentes? ¿Dicho actor acata las reglas institucionales?

De esta manera, los Insurrectos buscan deliberadamente eliminar las reglas o instituciones existentes y no acatan las mismas. Generalmente este tipo de agentes de cambio se forma cuando un grupo de personas se ve sistemáticamente excluido o desfavorecido por múltiples instituciones que se refuerzan mutuamente. Un claro ejemplo podría ser el de los ciudadanos que se ven excluidos de los beneficios de las políticas de protección social existentes en una sociedad determinada. Cuando estos actores terminan imponiéndose en los conflictos, generalmente se termina en algún tipo de coyuntura crítica que busca instaurar rápidamente las nuevas reglas que favorezcan a este colectivo. Así, este agente de cambio está asociado a al cambio de tipo reemplazo (Mahoney & Thelen, 2010).

En cuanto a los agentes Simbióticos, los mismos pueden ser Parasitarios o Mutualistas. Los Parasitarios son aquellos que explotan a la institución para beneficio propio, y dicho beneficio depende en gran medida de la eficacia de la misma. Generalmente, este tipo de actores aparece en contextos caracterizados por dificultades para hacer cumplir con las reglas, y por lo tanto no logran tener éxito cuando quienes apoyan a la institución logran cerrar el gap entre reglas y prácticas. En la vertiente Mutualista, la actividad de estos actores no compromete la supervivencia de la institución: *"...mutualist violate the letter of the rule to support and sustain its spirit..."* (Mahoney & Thelen, 2010).

Los Subversivos, al igual que los Insurrectos, buscan reemplazar a la institución, pero a diferencia de los mismos, no ignoran las reglas sino que siguen las mismas y trabajan dentro de la institución, disfrazando sus preferencias. Este accionar se mantiene hasta que estiman que es el momento determinado para pasar a ejercer una oposición directa. Mientras tanto, estos agentes pueden promover ciertos cambios que promuevan nuevas reglas en los márgenes de las ya existentes, y por eso mismo es que estos actores están relacionados con el cambio por capas.

Por último, los Oportunistas son aquellos que no terminan por definir una posición respecto a la continuidad o no de la institución, e incluso: *"...because opposing the institutional status quo is costly, they also do not try to change the rules."* (Mahoney &

Thelen, 2010) Es por esta razón que en caso de que este tipo de agentes sean los mayoritarios en una institución, lo más probable es que la misma se mueva con una gran dosis de inercia.

De acuerdo a este modelo, la Figura 3 ofrece una caracterización de los diferentes tipos de cambio institucional gradual en forma conjunta con sus agentes de cambio principales, a partir de la consideración de dos dimensiones: las características del contexto político (si el mismo posee posibilidades o puntos de veto fuertes o débiles) y las características de las instituciones en las que se producen estos cambios (niveles bajos o altos de discreción a la hora de interpretar o cumplir las reglas).

**Figura 3. Tipos de cambio y agentes que los promueven**

		Características de las instituciones	
		Bajo nivel de discreción	Alto nivel de discreción
Características del contexto político	Fuertes posibilidades de veto	<i>Subversivos (Cambio por Capas)</i>	<i>Parásitos Simbióticos (Desvío)</i>
	Débiles posibilidades de veto	<i>Insurrectos (Reemplazo)</i>	<i>Oportunistas (Transformación)</i>

Fuente: Mahoney & Thelen (2010)

## II.6. Recapitulación

Del repaso realizado sobre diferentes trabajos que han tenido como objeto de estudio, o bien conceptualizar los principales rasgos del Institucionalismo Histórico como enfoque analítico, o bien aplicar dicho enfoque de investigación sobre problemas sociales concretos y complejos; surgen a modo de síntesis una serie de principios, enunciados y/o herramientas que serán utilizadas a lo largo de esta investigación. En este sentido, un primer aspecto a destacar es la necesidad de identificar los puntos de veto existentes dentro de la arena de política a estudiar. Dichos puntos generalmente serán de carácter institucional, y podrán o no ser aprovechados por diferentes actores de acuerdo a las capacidades de estos para movilizar los recursos de poder necesarios. Así, a la hora de presentar el caso de la reforma de la salud en Uruguay, una de las primeras tareas consistirá en caracterizar el marco institucional existente, contemplando entre otras cosas la identificación de estos puntos de veto junto a una caracterización de qué ganan y qué pierden los diferentes actores involucrados en el sistema.

En este sentido, será fundamental comprender cabalmente los diferentes roles en los que se desglosa el actor médico, ya que justamente es muy complicado analíticamente

tratarlo como un único actor, ya que muchas veces los médicos poseen intereses contrapuestos e incluso contradictorios. Por un lado son el agente proveedor del servicio asistencial, pero además muchos de ellos ejercen cargos de dirección de instituciones de asistencia, son empleados públicos pero también privados, participan en algunos sectores de la industria farmacéutica, y al mismo tiempo corporativamente también se encuentran fuertemente representados en el Poder Legislativo en prácticamente todos los partidos políticos.

Otro punto reseñado anteriormente y que tendrá un espacio dentro del resto del trabajo, es el de la importancia que tiene para el estudio de cuestiones asociadas al cambio institucional las ideas como promotoras de los cambios. La instalación de una lógica reformista, así como la importación de experiencias internacionales o regionales es, sobre todo en una región como América Latina, un elemento que debe ser tenido en cuenta ya que influye notoriamente en las capacidades de los promotores de una reforma cualquiera para imponerla políticamente. En este sentido, la exploración de diferentes procesos de reforma en la región que precedieron a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, permitirá advertir hasta qué punto las mismas están en línea o no con esta última.

En relación a las ventajas y desventajas de los enfoques presentados, la intención es jugar tanto con los instrumentos más clásicos del Institucionalismo Histórico, como con aquellos conceptos y tipologías del cambio institucional gradual, bajo el entendido de que a pesar de los matices, ambos poseen un tronco compartido. De esta manera, a modo de ejemplo se puede señalar que un factor a tener particularmente en cuenta a la hora de presentar la reforma de la salud es el del *timing* o secuencia de los cambios, pero no solamente dentro del sector salud. Como se presentará posteriormente, la consideración de cómo se fueron sucediendo las principales políticas del primer gobierno del Frente Amplio – primero la reforma impositiva con el establecimiento del IRPF y la implementación de un Plan de Asistencia Nacional a la Emergencia Social previamente al SNIS – impactaron directamente en cuestiones tan importantes como la forma de financiamiento del nuevo sistema. Por otra parte, desde el punto de vista de la construcción histórica del sistema sanitario uruguayo, las nociones de *increasing returns* serán utilizadas para observar cómo se fue construyendo la centralidad del sector mutual o privado sin fines de lucro a lo largo de todo el siglo XX.

Finalmente, en la búsqueda de respuestas a las preguntas planteadas al inicio de este trabajo, en relación a la entidad del cambio producido por el primer gobierno del Frente Amplio, la intención es determinar cuál de las nociones presentadas aquí como la de ventana de oportunidad o path dependence ayudan a explicar la reforma de la salud, o por el contrario, en qué medida estos cambios son más graduales que radicales, o más ajustes que cambios estructurales. La hipótesis en este sentido es que



si bien la victoria electoral del Frente Amplio abrió una ventana de oportunidad para cambios radicales, por la vía de los hechos estamos en presencia de transformaciones graduales. De ser así, tanto las tipologías de tipo de cambio gradual como la de diferentes agentes de cambio serán puestas a prueba para un nuevo caso como es el sistema sanitario uruguayo.

## **CAPÍTULO III. Regímenes de Bienestar Corporativos: caracterización, crisis y reforma**

### **III.1 - Introducción**

Los Estados de Bienestar (EB) han sido casi sin lugar a dudas, de las unidades de análisis más importantes del último medio siglo en el conjunto de las ciencias sociales, pero muy especialmente en la Ciencia Política, gracias a su fuerte componente político e ideológico. Desde hace al menos cuatro décadas, a partir de la crisis del petróleo de principios de los setenta del siglo pasado, se fueron profundizando las críticas y los cuestionamientos a los Estados de Bienestar; al punto que muchos políticos y académicos liberales y/o conservadores llegaron a anunciar su “muerte” en varios momentos. Mientras que este tipo de diagnósticos hacían hincapié esencialmente en la ineficiencia que esta forma de organización implicaba en el normal desarrollo de la actividad económica del sistema capitalista actual, al mismo tiempo se comenzó a cuestionar ya en un nivel más general referido a la organización y dirección de las vidas de las sociedades del siglo XXI, el rol y la capacidad de acción de los Estado-nación en un nuevo contexto marcado por el fenómeno de la globalización.

Sin embargo, a pesar de estos postulados, la coyuntura actual de crisis económica parece estar devolviendo nuevamente la voz a quienes defienden la necesidad de una participación estatal más comprometida en el desarrollo social y económico de las sociedades actuales, en funciones como la regulación o la redistribución de los recursos (Esping Andersen & Palier, 2010). Este debate acerca del rol del Estado en los procesos de desarrollo de los diversos países, trae muchas veces implícita una asociación histórica casi simbiótica entre Estado de Bienestar y Keynesianismo. Como se verá a continuación, en este trabajo se parte de una separación analítica de ambos procesos, que si bien crecieron en forma paralela a lo largo de la historia, actualmente su tratamiento diferencial puede aportar mejores elementos de análisis a la hora de entender los procesos de reforma y los discursos que sobre este tema se realizan.

Si bien este tipo de debate es muchas veces presentado como obsoleto, o se lo tilda despectivamente de “ideológico”, también este trabajo intentará argumentar en contra de la llamada visión pospolítica que encarna el paradigma neoliberal, apoyándose en las críticas que al mismo realiza entre otras Chantal Mouffe (2005) de que obviar las diferencias entre posiciones rivales y adoptar modelos de forma acrítica y resignada lleva a un gran desprestigio de la política, y a un vaciamiento de la política en sí misma. A pesar de compartir muchos de los riesgos sociales, los modelos de acumulación e inserción internacional, e incluso destinar recursos similares a la implementación de determinadas políticas públicas, las sociedades contemporáneas

continúan presentando diferencias sustanciales en la forma en que hacen frente a la provisión de bienestar (Pierson, 2001; Esping Andersen & Palier, 2010). De esta manera, no se habría dado, en líneas generales, la tan mentada convergencia de los sistemas de bienestar predicha desde el discurso neoliberal, y las reformas y/o ajustes de los mismos continuarían siendo asuntos estrictamente políticos.

### **III.2. El EB en un mundo complejo**

La creciente complejidad y diversidad de las sociedades actuales ha ido dificultando y aumentando indudablemente las áreas de intervención del Estado en la vida de una sociedad moderna, poniendo en entredicho las formas clásicas de organizar y gestionar del sector público; hasta el punto mismo de cuestionar la necesidad o la efectividad de la participación estatal en ciertos ámbitos. Actualmente, mientras que por un lado los procesos crecientes de mundialización e integración comercial, con la consiguiente proliferación de entidades supranacionales, sumados al poder cada vez mayor de las empresas multinacionales, atentan contra el margen de maniobra y autonomía de los Estados-Nación desde fuera; por otro lado, la implementación de políticas de descentralización creciente también socava de alguna manera su autoridad al interior de cada país.

Es que los EB se encuentran hoy en día ante una coyuntura bastante diferente respecto a la que tenían que enfrentar dos décadas atrás. Por un lado, el ciudadano objeto de sus intervenciones no sólo se ha complejizado, sino que ha mutado en diversos tipos: la población objeto de sus prestaciones ya no está compuesta por hombres mayores, en su mayoría obreros industriales con poca o nula capacitación y cabezas de familia, sino que estas prestaciones deben intentar ofrecerse como contención para situaciones de necesidad de personas con formación muy específica, hombres y mujeres, con estructuras familiares muy variadas, etc. (Glennerster, 2007).

Además, las necesidades básicas de la población de la posguerra – período de consolidación del Estado de Bienestar – se han visto en gran parte satisfechas, y ahora los mínimos de calidad y cantidad que exigen las sociedades occidentales son claramente más altos que los que se demandaban hace cincuenta años. Como consecuencia de estos cambios, la alianza básica que contribuyó en muchos casos a sostener el apoyo de creación y consolidación de los EB, compuesta por coaliciones de clases, se ve resquebrajada ante el aumento de poder económico de las propias clases medias, quienes ahora ven con mayor incentivo aliarse a las clases más poderosas en orden de pagar por servicios más especializados y de mejor calidad, dejando al sector público como responsable del bienestar de los más carenciados, cuyo poder de presión política es casi nulo. El correlato de este movimiento es la consolidación de esquemas duales de provisión de bienes y servicios: sistemas mayormente privados y de mayor

calidad para las clases altas y población asalariada – predominantemente de cuello blanco – y sistemas públicos con menores recursos para atender a la población más necesitada o con menores niveles de aportes.

Las actividades económicas que predominan actualmente – relacionadas con la innovación tecnológica, el saber especializado y los servicios – poco se parecen al entorno de industrialización de mediados de siglo XX. Así, “...los sistemas de protección social basados en los seguros sociales (...) se muestran mal adaptados para proteger las vidas laborales más móviles, más caóticas, muchas veces más precarias, típicas de la nueva economía.” (Esping Andersen & Palier, 2010) En este marco de mayor complejidad y heterogeneidad, las personas que se encuentran en situación de pobreza e indigencia – y por lo tanto fuera de las posibilidades que ofrece el mercado – ya no se concentran exclusivamente en los ancianos; la pobreza de hoy en día tiene como protagonistas a las mujeres solas con hijos, a la gente con escasa capacitación, a los desempleados estructurales de larga duración, a un creciente número de trabajadores que se encuentran ocupados en sectores informales de la economía, pero fundamentalmente a los niños. Por lo tanto, los nuevos retos de los Estados de Bienestar contemporáneos pasan por ocuparse exitosamente de tres cuestiones esenciales: favorecer el empleo femenino y la igualdad de condiciones laborales entre mujeres y hombres; invertir en los niños como forma de reducir la pobreza infantil y generar igualdad de oportunidades entre los mismos; y ajustar los sistemas de pensiones de acuerdo a criterios de equidad entre generaciones y al interior de las diversas generaciones (Esping Andersen & Palier, 2010).

Este desfasaje entre servicios ofrecidos y demandados ha sido aprovechado desde ciertas posiciones ideológicas para exigir la devolución de dichas responsabilidades al mercado y al sector privado, ya que éste sería capaz de asumir eficientemente estas prestaciones. Pero esta concepción no es nueva: esencialmente, aunque con los matices lógicos de un siglo de evolución de la condición de “ciudadano”, era la posición que dominó los inicios del Estado Democrático de Derecho a mediados del siglo XIX, con la idea de que había que confiar en el equilibrio del mercado y sólo permitir que el Estado fuera garante de la propiedad privada y gestionara la justicia y la seguridad dentro y fuera de sus fronteras. Pero las condiciones de competencia perfecta que teóricamente deben existir no son más que una ficción, por lo que el mercado se convierte en un ámbito esencialmente generador de desigualdades, no solo de renta, sino también de acceso a distintos servicios como la educación o la salud, que hacen a la calidad de vida de una persona.

De acuerdo a Biersteker, el Estado posee seis formas de intervención para poder conseguir estos cometidos: *influnciar* el comportamiento de los agentes económicos tanto positiva como negativamente; *regular* el comportamiento de dichos agentes

para orientar la actividad a resultados aceptables socialmente; *mediar* en los conflictos entre capital y trabajo; *distribuir* la producción social y privada a través de subsidios o transferencias; *producir* directamente los bienes y servicios; o *planificar* y racionalizar los procesos de producción (Biersteker, 1990). La preferencia de cada gobierno por promover una u otra forma de intervención va a depender en gran medida de los valores e ideología que sustenten su actuación, y son estas preferencias y no las presiones externas las que en última instancia van a condicionar la puesta en práctica de determinadas políticas sociales o modelos de gestión en detrimento de otras opciones.

Desde la posición tomada en este trabajo, dicho punto no es menor ya que se parte de la consideración de que gran parte del éxito que ha tenido el dogma neoliberal es que su discurso de “no hay alternativa” - debido a que supuestamente se ha ingresado en una etapa que ha trascendido el antagonismo y las divisiones entre izquierda y derecha - no sólo no contribuye a profundizar en la democratización de las sociedades actuales, sino que además socava la propia esencia de la política que es constitutivamente una arena de conflicto entre modelos contrapuestos, que reconociéndose mutuamente, buscan convertirse en hegemónicos (Mouffe, 2005). Es a partir de esta forma de discurso que, como se irá viendo a lo largo del trabajo, se fomenta la idea de convergencia inevitable entre los distintos tipos de EB en formas residuales del mismo, o se proponen reformas de la gestión pública que son presentadas como neutrales políticamente ya que “simplemente” responden a cuestiones técnicas de eficacia y eficiencia.

Para intentar ver estas cuestiones se pasará a definir al EB y a su evolución histórica, para luego adentrarse en los procesos de reforma que dicho objeto de estudio está viviendo en la actualidad.

### **III.3. Conceptualización del Estado de Bienestar**

Cuando un concepto como el de Estado de Bienestar (EB) o Democracia está tan arraigado no sólo en la academia, sino a nivel político e incluso periodístico, es casi inevitable que dichos conceptos se constituyan de alguna manera en “agujeros negros” dentro de los que caben interpretaciones que llegan a ser incluso antagónicas entre sí, por lo que al final el mismo termina quedando vaciado de contenido. Si bien esta última situación se puede advertir más claramente en las nociones de Democracia observadas en diferentes publicaciones o comparecencias públicas, lo cierto es que entre los especialistas no aparece un consenso claro en la ubicación temporal del surgimiento del EB o sus causas – como por ejemplo la influencia del Keynesianismo –; sin mencionar los claros matices respecto a la viabilidad de los mismos en el mediano y largo plazo.

En primer término, y antes de repasar algunas definiciones, de forma general es posible identificar una serie de objetivos comunes a todos los regímenes de bienestar existentes, entre los que se encuentran: “1) *La garantía de la rentabilidad del capital que exige formas de regulación estatal e inversión física pública, control del ciclo económico, investigación y desarrollo.* 2) (...) *una doble intervención en el ámbito de la inversión social (...) y en el ámbito del consumo social contribuyendo a la demanda efectiva y a la organización de la solidaridad intergeneracional bajo pautas institucionales.* 3) *Finalmente, una intervención en el ámbito de la legitimación sociopolítica dirigida a la creación de estabilidad social como pueden ser las rentas mínimas de inserción...*” (Rodríguez Cabrero, 2002). En definitiva, los diferentes Estados o Regímenes de Bienestar no vienen a rivalizar con el modelo de producción y acumulación existente, sino que nace como un intento de mejorarlo y reforzarlo.

Intentando establecer una definición de EB que sea adecuada para este trabajo, una opción es la planteada por Muñoz del Bustillo, que considera al EB como “...*aquel conjunto de actuaciones públicas tendientes a garantizar a todo ciudadano de una nación, por el mero hecho de serlo, el acceso a un mínimo de servicios que garanticen su supervivencia (entendida en términos sociales y no estrictamente biológicos).*” (Muñoz del Bustillo, 1989) De acuerdo a este autor, la llamada “revolución keynesiana” posterior a la crisis del año 1929 es la que explicaría la aparición del EB como tal, debido esencialmente a que la imposición del keynesianismo a nivel mundial contribuyó a eliminar los supuestos límites de la intervención del Estado en la economía.

En ese mismo libro, Mishra realiza una definición similar aunque también introduce pequeños matices o agregados, al referirse al EB como un “...*sistema social desarrollado en las democracias capitalistas industrializadas después de la Segunda Guerra Mundial y que permaneció más o menos intacto hasta mediados de los 70. Sus principales características son: la intervención estatal en la economía para garantizar un alto nivel de ocupación; la provisión pública de una serie de servicios sociales universales (universal en el sentido que no existen controles de ingreso); y la responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida, entendido como un derecho social y no como caridad pública para una minoría.*” (Mishra, 1989) Para empezar, se acota su aparición a un reducido número de países – las democracias capitalistas avanzadas – además de incluir la garantía del pleno empleo como responsabilidad de la acción estatal.

Pero más allá de estas diferencias y/o agregados entre ambas definiciones, surgen rápidamente dos cuestiones que entrarían en entredicho con otras conceptualizaciones del EB; más precisamente aquellas que establecen tipologías

como la de Esping Andersen (1990) ya que en las anteriores definiciones se hace referencia a “Un” único EB cuya caracterización se asemeja mucho al modelo Socialdemócrata o Universalista de algunas tipologías. Siguiendo esta línea, y siendo estrictos con estas conceptualizaciones, se podría calificar como EB solamente a unos pocos países de los que actualmente reciben dicho calificativo. Por otro lado, en la definición de Mishra aparece otro concepto al menos discutible, que es el de “Democracia”, debido a que existen diversas conceptualizaciones del EB que sitúan el inicio de las políticas de bienestar con las reformas de la seguridad social de Bismarck en Alemania a mediados del siglo XIX, dentro de un sistema que no se caracterizaba precisamente por su calidad democrática (Therborn, 1989).

A modo de ordenar esta serie de definiciones, a efectos del presente trabajo se tomarán algunas opciones que pretender dotar al futuro desarrollo del mismo de una línea argumental coherente, en la medida de lo posible. En este sentido, y sin pretender ahondar en el relato histórico que ya es de sobra conocido en la academia, se partirá de la base que las primeras políticas que pueden ser consideradas como embrionarias de los sistemas actuales de bienestar son aquellas implementadas por Bismarck en la entonces recientemente unificada Alemania; y que grosso modo el Estado de Bienestar será definido como aquel ***conjunto de actividades estatales que tienen como cometido principal, ya sea mediante la provisión directa o la regulación, el acceso de todos los ciudadanos a unos niveles mínimos de servicios públicos que le garanticen su subsistencia en tanto derecho adquirido y no como caridad.***

La intención en esta definición es clara: se trata de buscar una conceptualización lo suficientemente amplia que contenga otro factor de los que ofician como punto de partida para este trabajo: no todos los modelos de bienestar son iguales, y no sólo eso: es posible determinar al menos en el plano ideal una tipología de EB. Aquí es cuando entra en juego otra noción, que es la de “Régimen de Bienestar”. Si bien en líneas generales dentro de la literatura referida a estos temas, ambas nociones (Estado y Régimen de Bienestar) muchas veces son utilizadas de forma indistinta – de hecho esto ocurrirá algunas veces a lo largo de este trabajo – lo cierto es que este segundo término incorpora un matiz sustancial respecto a la noción de Estado Social, que no debería ser equiparada al EB. De acuerdo a Esping Andersen, los Regímenes de Bienestar son las configuraciones específicas de la articulación entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad (Esping-Andersen, 1990). De esta manera: “*Los regímenes de bienestar son mucho más que los instrumentos del Estado social; son la intersección de una estructura de producción de riesgo y una arquitectura estatal de protección de dichos riesgos, así como de regulación de las estructuras descentralizadas de producción de riesgo.*” (Filgueira, 2007)

Si bien se puede reconocer al Estado Keynesiano de Bienestar como una forma histórica particular del EB, que predominó durante casi tres décadas; lo cierto es que desde la perspectiva adoptada aquí, el EB no se agota en su etapa keynesiana. Dentro de las diferencias entre el Estado Keynesiano (EK) y el Estado de Bienestar, parece necesario tener en cuenta entre otras: que las causas que los originaron son diferentes – de índole político-social el EB y por motivos económicos el EK –; por otra parte, mientras que los instrumentos de intervención del EK son flexibles porque aspiran a ejecutarse de forma anticíclica, los instrumentos de los EB son por definición rígidos, ya que están orientados a garantizar derechos; y por último, el área de intervención del EK está centrada en la producción y la inversión, al tiempo que las actuaciones políticas de los EB aspiran a la redistribución de los recursos para que amplios sectores de la población accedan a un conjunto determinado de bienes y servicios (Isuani, 1991).

Como se verá a continuación, la tipología en la que se apoyará el trabajo es la ya clásica teoría de los tres mundos del bienestar desarrollada por Gosta Esping Andersen (1990). Muy someramente, de acuerdo a Esping Andersen los distintos tipos de EB tienen su origen en las diferentes coaliciones de clase que promovieron cambios en materia de protección social; pero además los EB no sólo se limitan a reconocer derechos, sino que por el contrario, el análisis de los mismos debe centrarse en su veta más proactiva de intervención e interrelación con el mercado y las familias; lo que determina que debido a la relevancia de su acción o no acción, el EB se convierte en sí mismo en un sistema de estratificación que puede trascender, o por el contrario reafirmar, las diferencias de clase ya existentes (Esping-Andersen, 1990).

Esta tipología es elaborada a partir de tres dimensiones de análisis: 1- El grado de desmercantilización que aporta la implementación de las políticas públicas - pero muy especialmente las referidas a la Seguridad Social - es de acuerdo al autor, una precondition necesaria para la supervivencia del sistema, ya que permite alcanzar niveles mínimos de seguridad y bienestar. La consecuencia clara es el abandono por parte del individuo de un único estatus de mercancía. *“De-commodification occurs when a service is rendered as a matter of right, and when a person maintains a livelihood without reliance on the market”* (Esping-Andersen, 1990). 2- El grado de universalidad de dichas políticas, es decir, la existencia de ciertos pre requisitos necesarios para acceder a los servicios sociales públicos, o por el contrario, la consideración de dichos beneficios como un derecho que posee el individuo en tanto ciudadano de una comunidad determinada. 3- La confianza que exista en el mercado como asignador de recursos. Este último punto hace referencia a los grados en que la provisión de los servicios sociales son asignados a instituciones privadas en un ambiente competitivo, o si por el contrario los mismos son producidos por



instituciones públicas en forma de monopolio, o incluso en algún formato de cuasi mercados.

Desde esta óptica es que se desarrollan los tres modelos ya conocidos, que serán descritos muy brevemente: el EB Liberal es aquel donde las transferencias de bienes y servicios son muy modestas y las reciben solamente aquellas personas que demuestran carecer de los medios indispensables para su subsistencia. El efecto desmercantilizador de este modelo es mínimo ya que justamente la idea de las prestaciones es “devolver” al mercado a aquellos que caen, mientras que el resto de la población recibirá prestaciones de acuerdo a su capacidad de pago. Los casos más cercanos a este ideal son los de Estados Unidos, Inglaterra o Australia por ejemplo.

Por otra parte el EB Corporativo, identificable en países como Alemania o Francia, se caracteriza por una fuerte influencia religiosa que otorga una centralidad importante a la familia, y que determina que el Estado va a interferir únicamente en aquellos casos en los que las familias ya no puedan sostener a sus miembros. Además, el hecho de que sus prestaciones estén organizadas en líneas generales en calidad y monto de acuerdo a la inserción laboral del beneficiario determina que el impacto redistributivo de dichas políticas sea casi nulo.

Finalmente, los EB Socialdemócratas serían aquellos en los que la universalidad de las prestaciones sociales es norma y los niveles de transferencias y bienes que reciben los ciudadanos está por encima de los niveles mínimos. Este modelo, claramente desmercantilizador, sobre todo en comparación con los otros tipos de EB, tiene una relación muy estrecha con el pleno empleo ya que es la única forma de sostener financieramente dicho sistema. Los ejemplos ya clásicos de este modelo son los países nórdicos como Suecia o Noruega (Esping-Andersen, 1990).

Si bien esta tipología se ha consolidado como la referencia casi ineludible de este tipo de estudios, lo cierto es que esto no implica de ninguna manera que la misma no haya sido objeto de diversas críticas y propuestas de reformulaciones. Sin embargo, a pesar de este hecho, y de que incluso muchas de las críticas o matices que se le pueden realizar tengan fuertes fundamentos, también es cierto que en último término las contrapropuestas muchas veces se limitan a agregar alguna categoría o subcategoría a las ya existentes, sin desmontar con ello la lógica básica de la clasificación. Algunas de las críticas a esta tipología se podrían resumir en los siguientes puntos presentados por Clare Bambra (2005) y Gregory Kasza (2002): el alcance de la tipología; la metodología utilizada; la omisión de la cuestión de género en el análisis; la propia utilidad del concepto de régimen; y finalmente, la focalización en las transferencias de renta.

En relación al alcance, diversos autores han proclamado que a los “tres mundos” es necesario agregarle un cuarto, debido a que los propuestos por Esping Andersen no toman en cuenta determinados rasgos característicos de una serie de países. Así, autores como Ferrera (1996) o Bonoli (1997) reclamaron el reconocimiento de un cuarto tipo compuesto por los países mediterráneos de la Unión Europea – España, Grecia, Portugal, y hasta cierto punto Italia – cuyo rasgo distintivo estaría en el escaso o disímil desarrollo de las principales iniciativas de bienestar social. Por otra parte, Castles & Mitchell proponen un tipo Radical que estaría compuesto por el Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda, en el entendido de que “...*the Welfare goals of poverty amelioration and income equality are pursued through redistributive instruments rather than by high expenditure levels.*” (Castles & Mitchell, 1993 en Bamba, 2005)

Desde el punto de vista metodológico, algunos investigadores han realizado análisis de cluster para testear los agrupamientos propuestos por Esping Andersen, llegando a la conclusión de que si bien los resultados confirman en líneas generales la construcción teórica, existen algunos problemas en el Régimen Liberal, ya sea porque Canadá y Estados Unidos presentan diferencias importantes respecto al resto de países de la categoría (Kangas, 1994<sup>6</sup>) o porque claramente aparece un cuarto cluster compuesto por los países de las antípodas (Pitruzello, 1999<sup>7</sup>).

En tercer lugar, en referencia a la cuestión de género, la tipología ha recibido críticas desde el ámbito feminista debido al rol marginal que tiene la mujer en dicho análisis. En este sentido, se le adjudica cierta “ceguera de género” en relación al concepto de desmercantilización; desconocimiento del rol de la mujer y la familia en la provisión de bienestar y finalmente la ausencia de las diferencias de género como una de las formas existentes de estratificación social (Bamba, 2005).

Si bien estas tres críticas han sido las más frecuentemente señaladas, lo cierto es que también se han ido presentando diversos estudios que de alguna manera cuestionan o al menos buscan complementar al trabajo de Esping Andersen, a partir de la problematización de la validez de la noción de régimen por un lado, y a la centralidad de las políticas de transferencia de renta por otro. Ambas cuestiones aparecen fuertemente relacionadas por el hecho de que las mismas ponen el énfasis en la existencia de una mayor complejidad asociada a estos fenómenos que la que parece dar cuenta la tipología de los tres mundos.

De esta manera Kasza (2002) cuestiona los supuestos que a su entender se encuentran detrás de la clasificación: en primer lugar, que la gran mayoría de las políticas

---

<sup>6</sup> En Bamba, 2005.

<sup>7</sup> En Bamba, 2005.

sectoriales reflejan cierto enfoque similar en relación a la provisión de los servicios sociales. Y en segundo lugar, se parte de la base de que cada régimen refleja de forma intrínseca un conjunto de valores y principios que se presentan de forma coherente en las diversas áreas de política. Desde su punto de vista, el análisis detenido de las diferentes políticas sociales de un país determinado da cuenta de las diferencias y variaciones existentes entre ellas. Estas diferencias internas se pueden llegar a acentuar si además de estas particularidades se observa que prácticamente todo el planteo de Esping Andersen se apoya exclusivamente en el efecto desmercantilizador de las políticas de pensiones y prestaciones por desempleo y enfermedad; dejando de lado todo el espectro de prestación de servicios sociales como la atención sanitaria o la educación.

En definitiva, en relación con los objetivos de este trabajo, valía la pena realizar este repaso de la literatura existente para dejar establecidas de forma precisa algunas puntualizaciones. En primer lugar, de aquí en más el eje que articula el resto del capítulo pero también gran parte de la tesis será la tipología construida por Esping Andersen. En segundo lugar, a partir del reconocimiento de algunos de los cuestionamientos presentados anteriormente, la intención es adoptar algunos de estos matices, no con la intención de rediscutir la tipología, sino con la idea de complementarla con aquellos planteos que, por un lado, permitan que este trabajo pueda dialogar con la literatura existente en la materia, pero que además oficie como una contribución a la mejor comprensión de estos fenómenos.

En este sentido, se tendrá en cuenta la conveniencia de trabajar con más “mundos” que los tres originales – y particularmente con el tipo Mediterráneo – ya que en última instancia uno de los principales aportes de la tipología es permitir pensar cómo se ordena y distribuyen las responsabilidades en materia de protección social entre el Estado, la familia y el mercado. Por otra parte, es pertinente señalar nuevamente que parte de la motivación de esta tesis es contribuir a revalorizar la necesidad de estudiar profundamente los sistemas de provisión de servicios sociales para profundizar en el conocimiento de los regímenes de bienestar, considerados en toda su complejidad, ya que otro de los supuestos que seguirá el trabajo es que a pesar de las indudables diferencias entre sectores de política, es posible reconocer ciertos patrones o principios políticos comunes.

Establecida la definición del Estado de Bienestar, a continuación se intentará realizar de forma muy esquemática la descripción de la evolución histórica de los EB, para poder detenernos con un poco más de atención en la evolución actual que está teniendo esta categoría de análisis.

### III.4. Ampliación, crisis y reforma de los EB

Se puede decir que si bien ciertas estructuras y políticas de bienestar ya fueron consolidándose desde mediados del siglo XIX como fue dicho anteriormente, lo cierto es que no fue hasta el final de la Segunda Guerra Mundial que el peso estatal en la economía, tanto cuantitativa como cualitativamente, creció a una velocidad mucho mayor, y cada vez con menos cuestionamientos. Este crecimiento sostenido en atribuciones, instituciones, presupuesto y recursos humanos, tuvo su correlato lógico en un porcentaje cada vez mayor de impuestos a los que los ciudadanos debían hacer frente para financiar estas instituciones. El Estado ya no era simplemente juez y gendarme, sino que ahora era productor y proveedor de bienes y servicios. Por ese entonces y hasta al menos finales de la década del sesenta, la intervención estatal en la economía se había encumbrado como el paradigma dominante y aquellas voces que podían mostrarse contrarias o reticentes ante esta realidad no encontraban mayores repercusiones ni a nivel político ni en el ámbito académico.

**Cuadro 1. Evolución del Gasto Social como % del PIB en algunos países de la OCDE (1960-2007)**

País	1960	1975	1980	1985	1990	1995	2001	2005	2007
Alemania	17,1	27,8	26,6	25,8	27,2	32,5	26,7	27,2	25,2
Canadá	11,2	20,1	19,5	22,6	23,0	24,0	17,0	17,0	16,9
Dinamarca	9,0	27,1	35,1	33,9	34,3	38,6	26,1	27,2	26,1
Estados Unidos	9,9	18,7	18,0	18,2	18,7	20,7	15,3	15,8	16,2
España	...	16,2	21,7	24,8	24,5	26,3	20,1	21,4	21,6
Finlandia	14,9	21,9	22,9	22,8	31,6	38,6	24,3	26,1	24,9
Francia	14,4	26,3	30,9	34,2	31,8	35,9	27,7	29,0	28,4
Holanda	12,8	29,3	31,8	30,7	35,7	32,4	19,7	20,7	20,1
Italia	13,7	20,6	23,7	26,7	28,9	28,2	23,5	25,0	24,9
Noruega	11,0	23,2	24,2	23,5	32,7	34,4	22,2	21,7	20,8
Nueva Zelanda	12,7	19,0	22,4	19,8	27,7	24,1	18,4	18,1	18,4
Reino Unido	12,4	19,6	20,0	20,9	23,8	27,1	19,3	20,6	20,5
Suecia	15,6	27,4	33,2	32,0	39,9	39,6	28,7	29,1	27,3
Suiza	8,2	19,0	19,1	20,5	21,3	26,9	18,3	20,2	18,5

Fuente: para el período 1960-1995: OCDE (1988 y 1999) en Muñoz del Bustillo, 2000; y para el período 2001-2007: OCDE (2010)

Es que además de que las políticas de bienestar estaban teniendo un impacto relativamente positivo en relación a las situaciones de pobreza más aguda el crecimiento económico, y fundamentalmente el pleno empleo, aportados por la adopción de políticas keynesianas era una constante en las naciones más desarrolladas, y oficiaron como mecanismo de distribución primaria de los ingresos complementarios a la redistribución de los mecanismos de bienestar (Isuani, 1991). Si bien en líneas generales esta tendencia se cumplía en los tres tipos de EB reseñados aquí, lo cierto es que igualmente se podían advertir las diferencias sustanciales tanto

en el diseño de las políticas como en los modelos de crecimiento y mecanismos redistributivos ya mencionados, que también van a servir como explicación a las distintas alternativas para salir de la crisis.

Porque esta situación comenzó a cambiar drásticamente en los comienzos de la década del setenta cuando se fueron sucediendo algunas crisis internacionales importantes como la de los precios del petróleo en 1973, junto con situaciones internas de aumento del desempleo, en paralelo con disparadas en los índices de inflación. Esta situación impactó con mucha fuerza en sociedades cuyos niveles de vida habían aumentado notoriamente y estaban comenzando a exigir una calidad en los servicios públicos más acorde con esta nueva coyuntura. Las críticas a un Estado que se mostraba incapaz de reaccionar a los cambios en las preferencias tan variadas de la sociedad, al tiempo que se encontraba sumida en una crisis financiera muy importante, otorgaron el campo propicio para que las críticas de economistas como Hayek o Friedman comenzaran a tener un eco cada vez mayor en los puestos de gobierno de estos países. Pero si bien es cierto que efectivamente existía una crisis económica importante, los principales ataques al EB provenían desde el plano ideológico más que económico (Biersteker, 1990), y existen trabajos que parecen aportar buenos razonamientos en dicho sentido.

Por un lado, podemos hablar de la crisis del EB como subsidiaria a la económica en el sentido de que la crisis económica que afectaba a todos los países con características diferentes, fue aprovechada para criticar de forma general todo tipo de intervención del Estado en la economía, mientras que el paso de los años pudo comprobar cómo aquellos países que siguieron apostando por un sector público fuerte y políticas de pleno empleo afrontaron la crisis con mucho menos problemas que aquellos que adoptaron rápidamente el nuevo paradigma dominante, el neoliberal, como se verá a continuación. Pero esto no significó de ninguna manera un problema para los gobiernos conservadores de la época debido a que el objetivo principal de estos cambios nunca pasó por reducir la inequidad o el desempleo, sino por generar las condiciones de crecimiento económico a través de la actuación privada.

En el nuevo orden económico, la inflación ya no era el mecanismo efectivo para orientar la lucha redistributiva, ya que la evolución de diferentes mecanismos compensatorios como la indexación salarial, blindaban los salarios de los trabajadores de ciertas presiones a la baja de los mismos. Esto estaría dando cuenta de que en realidad, la respuesta neoliberal a la crisis de los años setenta pasaba fundamentalmente por la reducción del Estado en su matriz keynesiana – eliminar o reducir mecanismos de compensación salarial y de protección del empleo, y debilitar el poder sindical entre otros instrumentos – más allá de los cuestionamientos que también se le realizaban a los componentes del EB, en especial la seguridad social.

*“Ideológicamente es más fácil sostener que el Estado debe desprenderse de su acción en la economía (...) que cuestionar los beneficios del Estado Benefactor, que son de un alto costo en términos de legitimación, inclusive para regímenes no democráticos.”* (Isuani, 1991)

Es que más allá del rendimiento coyuntural de las economías nacionales, lo cierto es que la proliferación de actividades asumidas directamente por las instituciones estatales se convertía en mayor o menor medida en una amenaza al sector privado, debido a que los servicios que se prestaban públicamente se producían por fuera del mercado, pero que dada la extensión de los mismos ya no eran simplemente complementarios de la actividad privada, sino también sustitutivos de los productos generados por el mercado. Esta competencia entre el Estado y el mercado rompía de alguna manera con una subordinación del Estado a favor del mercado, ya que si bien existe una demanda indirecta que recibe el sector privado gracias a la producción de bienes públicos, lo cierto es que como dice Anisi (1989) dicho rol de simple proveedor de materias primas determina que la actividad que realmente genera beneficios, cuando se genera el valor añadido, quede en manos públicas.

En relación al efecto de las diferentes acciones de los diferentes tipos de regímenes de bienestar existentes, las principales críticas se centraron en las dificultades de los sistemas más universales para reducir la desigualdad y la pobreza en los nuevos tiempos, sobre todo por el hecho de que dichos esquemas eran claramente ineficientes desde el punto de vista económico, y sobre todo presupuestario, debido a que quienes más necesitaban los recursos públicos, eran quienes menos los recibían; atenuando así los efectos redistribuidores que se pretendía alcanzar. Ante este razonamiento, Korpi & Palme plantean la denominada Paradoja de la redistribución: *“The more we target benefits at the poor only and the more concerned we are with creating equality via equal public transfers to all, the less likely we are to reduce poverty and inequality”* (Korpi & Palme, 1998).

Contrariamente al postulado pro focalización de las iniciativas públicas, estos autores advierten que las mismas únicamente tendrán cierto impacto y efectividad en lo inmediato, pero que presentarán rápidamente restricciones de tipo fiscal, y rápidamente se agudizarán las diferencias sociales existentes. La razón se encuentra en las coaliciones que sustentan a las políticas focalizadas en oposición a las iniciativas de corte universalista. Mientras que las políticas focalizadas sólo llegan a los sectores más pobres de la población, y como contrapartida son financiadas por el resto de la sociedad, las mismas no tendrán ningún tipo de apoyo entre las clases medias y altas, que satisfacen sus necesidades de atención en el mercado. Como contrapartida, cuando las políticas parten de una base universal, las mismas incorporan dentro de un esquema público a grandes porciones de población, por lo que los contribuyentes

perciben los beneficios de su aporte, y por lo tanto permanecerán en el sistema, lo defenderán, y se preocuparán por mejorar su calidad. Pero como dice la paradoja antes citada, también será nocivo pretender alcanzar la equidad mediante prestaciones igualitarias para el conjunto de la población, ya que los sistemas que mejor combaten la desigualdad – como el caso sueco – son aquellos que presentan dentro del esquema público, prestaciones diferenciales de acuerdo a nivel de aportes. Esto permite que las clases medias permanezcan dentro del sistema y no busquen alternativas de mercado (Korpi & Palme, 1998).

Si bien el nuevo paradigma se instauró con muchísimo ímpetu prácticamente en todos los países y muchas veces trascendiendo las supuestas orientaciones ideológicas de los partidos políticos; lo cierto es que como argumentan autores como Pierson (1994) o del Pino & Colino (2006) los sucesivos intentos por dismantelar el EB, sobre todo en países gobernados por políticos claramente opuestos al mismo como Margaret Thatcher en Inglaterra o Ronald Reagan en Estados Unidos: los mismos no sufrieron retrocesos significativos por ejemplo en lo referido al gasto público y en la cantidad de prestaciones.

Lo que sí es cierto es que entre mediados de la década del setenta y comienzos de los noventa del siglo pasado, prácticamente todos los países tuvieron que enfrentarse a reformas de signo neoliberal - incluidos los países de claro signo socialdemócrata como Suecia o Finlandia - sobre todo en cuestiones tales como el endurecimiento en los criterios de elegibilidad para ser beneficiario de un servicio, o la introducción de copagos en servicios que se financiaban en su totalidad por vía impositiva (Swank, 2002). Ante esta dificultad de romper con el path existente en materia de protección social, uno de los mecanismos más utilizados para revertir esta tendencia fue la de desvalorizar los bienes y servicios públicos, generalmente vía desfinanciamiento – la educación y la salud son claros ejemplos de este procedimiento – para poder deslegitimar y socavar los apoyos ciudadanos con los que contaban este tipo de servicios (Güemes & Fuentes, 2010; Isuani, 1991).

Otra muestra del carácter plenamente ideológico, y por lo tanto político de las cuestiones relacionadas con el EB, es que a pesar de que la evidencia empírica presentada generalmente, se ha demostrado que aquellos intentos por reducir el papel del Estado en la economía y confiar en el mercado como asignador eficiente de recursos, a la vez que no han logrado sus objetivos; han agravado las consecuencias sociales de la crisis económica como consecuencia del debilitamiento de las redes de contención social (Muñoz del Bustillo, 2000). Otra de las sentencias que se han instalado como verdades de forma acrítica, principalmente en el ámbito político, es que el notorio aumento de los flujos de capital que se mueven de un país a otro ha generado que los empresarios condicionen su permanencia a la reducción de los

costos del trabajo – impuestos patronales y costos del despido por ejemplo –. Este argumento ha sido utilizado en varios casos como forma de exculpar la inacción de un gobierno determinado.

Sin embargo Swank prueba en uno de sus trabajos que la internacionalización del flujo de capitales y los procesos asociados a la globalización no tienen ningún impacto significativo por sí solos en el desmantelamiento de algunos programas de bienestar (Swank, 2002). Si bien pueden existir presiones tendientes a la liberalización del mercado laboral y una reducción en la carga impositiva, lo que realmente determina si estos cambios se producen realmente es el propio funcionamiento de los Estados nacionales y las instituciones de bienestar existentes. Tampoco parecen existir evidencias sólidas que confirmen que los procesos de liberalización asociados a la globalización lleven inexorablemente a un retraimiento de las prestaciones sociales y por lo tanto: a un debilitamiento del EB (Pierson, 2001; Schwartz, 2001).

De hecho, en contra de lo que usualmente se dice respecto a la inevitabilidad de las reformas tendientes a disminuir las cargas del bienestar que asume el Estado como forma de estar en mejores condiciones para competir internacionalmente; una encuesta del año 2006 citada por el Centre for European Policy Studies refleja que los daneses y los suecos – con amplios EB – son los europeos que más optimistas están respecto a las consecuencias de la globalización. Incluso, son los países socialdemócratas junto con Francia los países de la Unión Europea que presentan menores niveles de inequidad y pobreza (Centre for European Policy Studies, 2008).

Actualmente, pasadas dos etapas históricas de dominio de un paradigma – el de la intervención estatal en la economía – sobre el otro – el neoliberalismo – y viceversa, se podría decir que nos encontramos en una etapa signada por una mayor paridad entre tendencias estatistas y pro mercado. O al menos el surgimiento y consolidación de una aguda crisis económica y financiera en prácticamente todo el mundo desarrollado al momento de escribir estas páginas ha aumentado las voces que bregan por una vuelta a escena de las posturas más estatistas. Sin embargo, luego de un primer momento de gran incertidumbre, las respuestas de los países individualmente considerados – Estados Unidos, Grecia o la propia España – así como también instituciones supranacionales como la Unión Europea, han abogado por un mantenimiento de la supremacía del rol subsidiario y/o garantista del Estado en el conjunto del sistema de acumulación capitalista. De cualquier manera, lo cierto es que luego de décadas de funcionamiento de dos concepciones antagónicas durante las que aparecieron aplicaciones exitosas y otras bastantes deficientes, la elección acerca de qué camino seguir se establece cada vez más claramente como una elección eminentemente política e ideológica y ya no técnica o en términos de valores como la eficiencia.



Como bien ha establecido Richard Rose (1994), es muy complicado acabar o reducir el “Gran Gobierno”. Esto se debe principalmente entre varias razones a que la consolidación de una determinada serie de prestaciones a través de décadas sucesivas, genera un grupo de beneficiarios muy grande y comprometido con su mantenimiento, por lo que es muy difícil que en un entorno de competencia electoral como son las democracias contemporáneas, un partido político cualquiera esté dispuesto a correr con el costo de aplicar una medida tan impopular (Pierson, 1994; del Pino, 2004).

Estos constreñimientos no son más que los efectos *Lock in* e *increasing returns* descritos en el marco conceptual de este trabajo. Es que para el propio Pierson, una de las principales fuentes de fortaleza de los EB actualmente es su tenacidad institucional, que consiste básicamente en los puntos de veto institucionales formales e informales y los procesos de dependencia de trayectoria, que en muchos casos tienden a blindar configuraciones de política pública establecidas (Pierson, 2006). Es en gran medida a partir del reconocimiento de esta realidad que autores como Pavolini y Ranci (2008) o el propio Pierson (2006) han intentado indagar acerca de cuáles han sido, y qué configuración han adquirido dichos cambios en los EB durante los últimos años.

Ambas aproximaciones parten del reconocimiento de al menos dos puntos: en primer lugar, que al mismo tiempo que la popularidad y apoyo social a las políticas de bienestar continúa siendo bastante elevado, también es cierto que incluso aquellos defensores más acérrimos del EB han reconocido la necesidad de introducir ciertas reformas; mientras que en segundo lugar, incluso en aquellos países en los que se llevó adelante un plan ambicioso de privatización o tercerización de servicios públicos, el peso del Estado no se vio disminuido debido a que esas actividades que se cedieron fueron ocupadas por organismos dedicados a regular y controlar precisamente la actuación de las nuevas empresas privadas (Pavolini & Ranci, 2008). Es desde estos supuestos que los trabajos mencionados se ocupan de la reestructura de los EB.

Estos autores sugieren que si bien la tendencia general de las reestructuras va orientada a la reducción de las prestaciones directas y a aumentar las bonificaciones monetarias, lo cierto es que también en este caso se pueden apreciar diferencias claras entre distintos tipos de EB. Este artículo, que se centra en las prestaciones que los autores denominan “servicios de atención de largo plazo” – situaciones de dependencia en general –, analiza las variantes de servicios de acuerdo a un continuo que tiene por extremos a un modelo basado en la atención informal y en el otro a un modelo que se apoya en la provisión directa de los servicios (Pavolini & Ranci, 2008). En el primer caso, el compromiso estatal es mínimo, ya que como contrapartida se pretende devolver responsabilidades a las familias; por lo que la intención es sostener los ingresos que perciben las personas dependientes en vez de otorgarle los servicios que ellos necesitan. Por el contrario, el modelo basado en la provisión justamente

intenta cubrir las necesidades de estas personas para que no tengan que recurrir a los cuidados familiares. Si bien también existe apoyo económico, este es más limitado.

Además este último modelo presenta como uno de sus objetivos subyacentes, el mantenimiento de altos niveles de empleo en el sector servicios, lo que obviamente plantea como problema los altos costos que traen aparejados este tipo de programas. De acuerdo a este modelo y continuando con la tipología de Esping Andersen, se podría decir que en general los países socialdemócratas han optado por el segundo modelo de reestructuración, aunque introduciendo copagos de forma proporcional a los ingresos; mientras que los países corporativos tienden a seguir un modelo más cercano al primero de los presentados. Finalmente, los países liberales quedarían a mitad de camino de ambos extremos ya que mientras por un lado se pasan al mercado los servicios sociales, al mismo tiempo continúa siendo un modelo netamente individualista, por lo que no hay devolución de responsabilidades a las familias explícitamente. Como último apunte de dicho trabajo, cabe destacar una conclusión que alude a cuestiones mencionadas recientemente: más allá de la orientación de estos cambios, lo cierto es que *“...the reforms have successfully introduced a growing range of service providers, and have empowered the choice capacity of citizens, but a significant portion of purchasing and control power still remains with the public sector.”* (Pavolini & Ranci, 2008)

Si analizamos la reestructuración de los EB desde el punto de vista de Pierson, vemos que para este autor, uno de los problemas que ha presentado el estudio de los cambios en el EB radica en medir los mismos en términos de más o menos, es decir: entre un EB que se mantiene inmune a las reformas y uno que ha sido totalmente desmantelado (Pierson, 2006). Para intentar resolver este escollo, la propuesta es analizar los cambios de los EB en torno a tres dimensiones: 1- la re mercantilización; 2- la contención de costes; 3- la re calibración.

En la primera dimensión se está aludiendo básicamente a la vuelta atrás de la desmercantilización – proceso que como ya se vio está asociado a la tipología de EB – a través de varios mecanismos que logren *“...restringir las alternativas a la participación en el mercado de trabajo, ya sea endureciendo las condiciones de elegibilidad o recortando la cuantía de las prestaciones.”* (Pierson, 2006) La segunda dimensión está haciendo referencia a un proceso que en la actualidad está presente en cualquier política pública, debido a que hoy en día no existe prácticamente ningún Estado que no tenga como prioridad la contención de sus costes debido entre otras cosas a que los ciudadanos se niegan a asumir cargas impositivas más altas. Finalmente por re calibración Pierson entiende *“...reformas que tratan de hacer que los EB contemporáneos sean más coherentes con los objetivos y demandas de provisión social contemporáneas. Este proceso puede implicar tanto la reforma de programas ya*

*existentes como forma de hacerlos más efectivos (racionalización) como la creación de nuevos programas cuyos objetivos sean la satisfacción de nuevas demandas sociales (actualización).” (Pierson, 2006)*

Pero más allá de la gran utilidad de este enfoque-marco para el análisis de las transformaciones en los EB, aparece como muy importante para el desarrollo del presente trabajo la afirmación de que efectivamente, según Pierson, los distintos mundos del EB de Esping Andersen han desarrollado, como consecuencia de sus configuraciones institucionales internas, diferentes dinámicas de reforma. Brevemente, en los EB Liberales han predominado claramente los procesos de re mercantilización, gracias en parte a la fragmentación de los actores sociales y a los bajos niveles de apoyo al EB por parte de la ciudadanía. Por otro lado, en los EB Corporativos ha primado la re calibración ya que en general necesitan reformas que permitan reducir el peso impositivo de los salarios como fuente de financiación del EB, al tiempo que deberán reorientar el mercado laboral de forma que permita una mayor inserción de la mujer. Por último, la contención de costes es la dimensión de reforma con mayor presencia en el modelo Socialdemócrata debido en gran medida al establecimiento de tasas de desempleo bastante más elevadas de las que el sistema estaba preparado para asumir.

Por otra parte, y además de estos rasgos particulares de cada tipo de EB, también es posible advertir ciertas tendencias de ajustes o reformas que se manifiestan con matices en casi todos los países (del Pino, 2004) y que en gran medida son producto de la falta de financiamiento existente para las políticas sociales: en primer lugar se encuentran los ajustes estructurales derivados de los cambios socio demográficos que sufren todos los países industriales avanzados, sobre todo en pensiones y sanidad; también se está observando un mayor esfuerzo por promover políticas activas en contra del desempleo entre otras cosas para paliar de alguna manera los costes de las prestaciones sociales destinadas a este problema; una focalización cada vez mayor de las prestaciones en los más necesitados en general a través de la comprobación de medios; y finalmente una tendencia a la reducción de las cargas que por concepto de protección social deben aportar trabajadores y empresarios.

En este marco de reforma casi permanente, los diferentes estudios han ido incluyendo diferentes aspectos políticos que pueden o no condicionar la existencia de reformas y la orientación de las mismas. Eloísa del Pino condensó estos diferentes condicionantes políticos. Los mismos aparecen descritos en el Cuadro 2 (del Pino & Colino, 2006).

***Cuadro 2. Condicionantes políticos de las reformas de bienestar***

Condicionante	Definición
Path Dependence de las propias reformas	Beneficiarios, estructura de las prestaciones, mecanismos de financiación, actores que gestionan el sistema, intereses creados.
Ciudadanos y condicionante electoral	Tendencia de los actores políticos a evitar reformas impopulares para la mayoría del electorado.
Las instituciones políticas existentes	Grado de fragmentación del poder en las instituciones, existencia de puntos de veto y jugadores con veto.
Sistema de participación social	Nivel de participación y ámbitos de la misma en las políticas públicas.
Competencia partidaria y el papel de la izquierda	Ideología del gobierno.
Estilo de la reforma	Variará de acuerdo al número y variedad de temas, si se promueven en bloque o separadas, si son impuestas o negociadas, si son por exigencia o por convencimiento.

Fuente: del Pino & Colino, 2006

Tomando en cuenta estas dimensiones, se desprenden claramente instancias o condiciones que van a dificultar las reformas por un lado, y por otro se pueden identificar cuáles son los factores más favorables para el éxito de las mismas. Así, serán de difícil o conflictiva aplicación aquellas reformas que por ejemplo, recortan prestaciones que llegan a gran parte de la población, si existen grupos organizados de usuarios del servicio, si la prestación está vinculada a contribuciones anteriores; si no se logra convencer a la ciudadanía de la importancia de la reforma, si el poder de veto se encuentra disperso en varios actores, si existen minorías parlamentarias, el rol que jueguen los sindicatos y otros actores sociales puede beneficiar o perjudicar las reformas, si la reforma se produce en bloque o manejando pocos temas, etc.

67

Por el contrario, será más factible llevar adelante un proceso de reforma si se dan alguna o varias de estas condiciones: se busca universalizar prestaciones, si los que cargan con el peso del financiamiento también reciben beneficios, si hay consenso en la necesidad de reformar, si hay mayorías parlamentarias, el apoyo de sindicatos y demás actores sociales, que el número y variedad de temas sea amplio, los procesos más negociados que impuestos verticalmente (del Pino & Colino, 2006).

**III.5. Las reformas de bienestar en los Estados o Regímenes Corporativos**

A pesar del continuado, y de alguna manera creciente, desarrollo académico en relación a los cambios y reformas en las matrices tradicionales de Welfare; puede decirse que en líneas generales dichos avances han estado centrados en su mayoría en los casos extremos de la tipología de Esping Andersen, es decir: en los regímenes de bienestar Socialdemócratas y los regímenes Residuales o Liberales. Esta constatación deja en un segundo plano de las preocupaciones académicas al caso de los regímenes

Corporativos o Bismarckianos, que en última instancia ponen el énfasis en el supuesto de que dichas configuraciones de Estado-mercado-familia son las que presentan mayores dificultades a la hora de instrumentar reformas estructurales sustantivas para la resolución de sus principales problemas (Palier & Martin, 2008).

Como fue señalado en el apartado anterior, los desafíos a los que se enfrentan los EB contemporáneos se pueden agrupar analíticamente en dos dimensiones: por un lado, los mismos enfrentan presiones por contener o reducir los costos crecientes de su accionar, mientras que por otro lado pero de forma simultánea, los mismos deben adecuarse – vía recalibración o reforma – a nuevos problemas o riesgos sociales, muchas veces nacidos a partir de la propia actuación de los EB. En este contexto, los EB Corporativos son los que enfrentan mayores presiones desde ambos sectores (Häusermann, 2010).

La intención de esta sección es profundizar en la comprensión de este tipo de EB y de un subtipo específico – los regímenes de Europa del Sur o Mediterráneos – debido a dos razones fundamentales: en primer lugar, se presentará cómo, a pesar de esa idea de un *frozen continental landscape* (Esping Andersen, 1996) los EB Corporativos se han transformado en las últimas décadas, y en algunos casos de forma muy importante. En segundo lugar, el análisis más detallado de esta categoría también aportará algunas pistas a un argumento que será trabajado más adelante, referido a la pertinencia o no de hablar de regímenes de bienestar para el contexto latinoamericano, pero particularmente en los países del Cono Sur del continente.

Retomando las principales características de este modelo de provisión de bienestar, que como ya fue mencionado incluye esencialmente a los países de la Europa continental y mediterránea – Alemania, Francia, Italia, España entre otros – se observa que en su génesis, el elemento distintivo u objetivo se encontraba en el aseguramiento de la situación laboral y salarial para los trabajadores hombres del ámbito formal de la economía. Así, se podría decir que el concepto distintivo de estos regímenes es el de “seguridad”, mientras que para los Estados Socialdemócratas sobresale la “igualdad” en sus intervenciones, y para los Estados Residuales lo primordial pasa de alguna manera por el alivio a la pobreza (Palier & Martin, 2008).

Si observamos los instrumentos que han compartido estos países a la hora de cumplir con este objetivo general de seguridad, Palier y Martin señalan cuatro arreglos institucionales específicos: 1- formas de acceso a la protección social basadas en el empleo formal y las contribuciones salariales asociadas al mismo; 2- los beneficios sociales a los que accede la persona son en su gran mayoría transferencias monetarias directas, proporcionales a los aportes realizados; 3- el financiamiento de las mismas justamente está apoyado en el nivel de contribuciones, y por lo tanto depende del

nivel de empleo de la economía; 4- una gestión de estos recursos y prestaciones a partir de estructuras para-públicas, que en líneas generales incorporan a ciertos actores sociales a la gestión de las mismas (Palier & Martin, 2008).

De modo que, en líneas generales, se podría decir que los regímenes de bienestar corporativos poseen de forma intrínseca una base de sustentabilidad débil, determinada por la fuerte dependencia de los niveles de beneficios y cobertura de los mismos en los contextos de crecimiento económico y altos niveles de empleo. Este esquema no necesitaba, como en el caso de los países socialdemócratas, del pleno empleo, debido a que aquellos que quedaban por fuera del mercado formal eran principalmente las mujeres o ancianos, que eran explícitamente desincentivados para ingresar al mercado laboral, como contrapartida se buscaba que estos colectivos optaran por lo tanto, realizar tareas de cuidados del hogar y de las personas inactivas o dependientes. Por otra parte, los altos niveles de beneficios para aquellos que se encuentran dentro del sistema de protección implican por consiguiente una fuerte segmentación entre insiders y outsiders, y por lo tanto, son parte de la explicación de por qué es tan difícil reformar estos esquemas: las resistencias de los insiders ante cualquier tipo de amenaza a cambiar el statu quo serán muy fuertes, y con altos costos desde el punto de vista político y electoral.

Sin embargo, a pesar de que todas las circunstancias mencionadas hacen referencia a una cierta incapacidad de reformarse y/o ajustarse, los Estados Corporativos efectivamente han logrado implementar cambios institucionales de envergadura, aunque de forma gradual. Estos cambios principalmente se han centrado en cuatro tendencias (Häusermann, 2010) que han ido, o bien consolidando el carácter corporativo de estos sistemas, o bien orientando sus principios hacia los denominados cambios de paradigma o de tercer orden (Hall, 1990).

Por un lado, el recorte de los principales beneficios sociales, que en este caso particular alude a aquellas prestaciones provenientes de la seguridad social; en segundo lugar, un gran número de reformas en estos sistemas se han centrado en los mecanismos de financiamiento, que fundamentalmente han intentado iniciar una progresiva adopción de financiamiento vía impositiva, y por lo tanto a través de rentas generales, en desmedro de los esquemas tradicionales de aseguramiento. Este ha sido el caso de algunas iniciativas en países como Francia o Alemania en la década del noventa, sobre todo en relación a la introducción de una serie de pensiones de carácter no contributivo (Palier & Martin, 2008).

En tercer lugar, otro desafío de reforma proviene de la necesidad de reformar de manera focalizada la situación particular de algunos colectivos ocupacionales específicos, que a lo largo de la consolidación del esquema corporativo fueron los

grandes beneficiarios, y por ende, son también los principales opositores o actores de veto ante cualquier tipo de cambio del statu quo. Este punto, se relaciona directamente con la cuarta tendencia de reforma, que alude a la necesidad de estos sistemas de adaptarse a los nuevos riesgos sociales, es decir: a la nueva estructura de riesgos de las sociedades post industriales contemporáneas, integrada entre otras cosas por nuevos tipos de empleo y mayores situaciones de informalidad; presiones por equidad de género en las configuraciones de los seguros sociales; nuevos arreglos familiares que requieren asistencia directa del Estado como es el caso de los padres solteros; o la necesidad de garantizar cierto ingreso mínimo para personas cuya trayectoria laboral se ve discontinuada a lo largo del tiempo (Häusermann, 2010).

Los efectos concretos de la adopción de estos últimos cambios mencionados supondrían sin lugar a dudas, el mayor desafío para estos regímenes de bienestar. La razón es clara: las reformas deberían lograr combinar la reducción o incluso recorte de ciertos beneficios de los insiders, para beneficiar a parte de la población de outsiders sin mayores resistencias políticas. En definitiva, los procesos de reestructura de los Regímenes de Bienestar corporativos requieren la formación de amplias coaliciones de apoyo. Debido a que actualmente la situación es de un espacio multidimensional en cuanto la variedad de conflictos potenciales en torno a las políticas sociales, mayores serán las opciones de conformar alianzas en la medida de que los gobiernos logren articular bajo un mismo paquete de reformas, voluntades diversas (Häusermann, 2010).

---

70

De acuerdo a esta autora, las posibilidades de que esta estrategia prospere dependerá fundamentalmente de cómo se estructuren los siguientes factores institucionales: el grado de fragmentación de los partidos políticos, sindicatos y cámaras empresariales, y el número de posibles puntos de veto del sistema político. Escenarios con poca fragmentación, y por lo tanto con poca flexibilidad para formar coaliciones; y/o un número alto de puntos de veto, dificultará notoriamente la aprobación de la mayoría de los cambios y ajustes que se intenten promover desde el gobierno (Häusermann, 2010).

### **III.5.1. Regímenes Corporativos en Europa del Sur**

A pesar de cumplir con las principales características de los regímenes de bienestar corporativos, cierta parte de la literatura (Esping Andersen, 1999; Ferrera, 1995; o Moreno et al, 2003; Rodríguez Cabrero, 2002) reconoce que los países de la región mediterránea de Europa – España, Italia, Portugal y Grecia – poseen algunas particularidades que permiten agruparlos en una sub dimensión específica del mencionado régimen bienestar corporativo. De hecho, la literatura principal en la década del ochenta consideraba a estos países como casos en desarrollo del patrón corporativo (Ferrera, 1995). Las cuestiones comunes asociadas a estos países radican

entre otras cosas a un patrón de desarrollo histórico común de desarrollo tardío del mercado fordista de trabajo característico de las sociedades de industrialización avanzada, en gran medida como consecuencia del rezago que implicó la existencia de regímenes militares de larga duración, que de alguna manera congelaron estos sistemas, y también a un importante peso de la iglesia católica sobre todo a la hora de instalar ciertos principios como el de caridad o el rol social de la estructura familiar y fundamentalmente de la mujer en la provisión de cuidados y protección (Navarro, 2002).

La consecuencia directa de estos factores fue la configuración de un peso muy importante de la agricultura en el conjunto del sistema económico y productivo de estos países, al tiempo que la informalidad y el autoempleo también fueron marcas distintivas de estos países (Ferrera, 2005). Esta configuración, sumada a la estructura de seguros sociales característica de los regímenes corporativos, acentúa aún más el carácter de fuerte estratificación y de la separación entre insiders y outsiders a la hora del acceso y el tipo de beneficios sociales.

La diferencia respecto al tipo de estratificación que se produce en países como Alemania o Francia, radica en que la estratificación del Sur es polarizante, en el sentido de que separa a la población en dos grandes grupos: un grupo de beneficiarios que están sobreprotegidos, que principalmente se encuentra integrado por los empleados públicos y los asalariados del sector privado de las grandes empresas; mientras que por el otro lado quedan aquellos trabajadores de los sectores más débiles de la economía, con menos estabilidad laboral, o incluso aquellos pertenecientes al sector informal. Estas personas no se encuentran cubiertas para todas las situaciones del grupo anterior, pero además los montos asociados a cada una de ellas es de una cuantía mucho menor (Ferrera, 1995).

Otra diferencia o matiz en relación a los esquemas más puros de corporativismo, consiste en que al tiempo que el peso de las transferencias monetarias tuvieron y tienen un mayor peso en relación a los servicios sociales ofrecidos como la atención sanitaria o la educación, lo cierto es que la configuración particular de los servicios de atención sanitaria en estos países no siguió la tradición del aseguramiento, sino que por el contrario todos estos países adoptaron en mayor o menor medida la noción de Sistemas Nacionales de Salud característica de esquemas de protección universal (Ferrera, 2005). Sin embargo, la implementación de estos sistemas no ha logrado romper con ciertos condicionantes históricos, lo que ha determinado que el resultado final haya sido el de sistemas híbridos entre otras cosas con grandes diferencias regionales en la calidad de los servicios, y sistemas mixtos de financiamiento y provisión que se alejan del sistema clásico de SNS.



El proceso de industrialización fordista inacabado, el fuerte peso de la agricultura en la economía, el legado de largas dictaduras, y los altos grados de informalidad en el mercado laboral entre otros factores, determinaron entre otras cosas que estos regímenes tuvieran que hacer frente a una serie de problemas sociales diferentes a los que los esquemas tradicionales hacían frente. Particularmente, la alusión se realiza respecto a los niveles de pobreza e indigencia existentes al momento de la redemocratización en la década del ochenta. El subdesarrollo de las estructuras de provisión de bienestar – principalmente desde el punto de vista de las capacidades administrativas para la implementación y gestión de las políticas –, sumado a la coyuntura de crisis económica y financiera global en dicho período, coadyuvaban a que el rol de las estructuras familiares en el alivio de las condiciones de pobreza y los cuidados de las personas dependientes o desocupadas entre otras cosas, fuera mucho mayor que en el resto de los países del mundo occidental desarrollado.

Siguiendo a Ferrera (2005) si observamos la agenda pendiente para estos países en comparación a los casos ya trabajados de la Europa continental, se puede advertir como al tiempo que existen algunas cuestiones que se repiten como por ejemplo la necesidad de atenuar o directamente romper con ciertos privilegios de ciertos grupos ocupacionales; también aparecen problemas específicos que se relacionan fundamentalmente con las condiciones de rezago ya descritas. En este sentido, pueden mencionarse por ejemplo medidas promovidas en los noventa tendientes si se quiere a consolidar los rasgos más corporativos como por ejemplo el reforzamiento de la formalización de la economía como mecanismo integrador a los esquemas de bienestar; o reformas en el ámbito laboral como mecanismo para romper con ciertas heterogeneidades del sector. Por último, vale la pena destacar la expansión y mejora de muchos de los beneficios y servicios sociales orientados a la familia, dando claras muestras que una des-familiarización del modelo no era percibida en ese entonces como una opción viable.

Si bien el discurso relacionado con los recortes a las políticas de bienestar, como consecuencia de los elevados costos asociados con dichas prácticas, también permeó con intensidad en estos países, lo cierto es que otro rasgo característico de este *cluster* que a su vez los separa de la familia corporativa, radica en el hecho de que ni siquiera en los períodos de mayor expansión económica de la región, estos países nunca llegaron a dedicar una proporción similar de los recursos públicos en bienestar invertidos por otros países del continente europeo. Tampoco los ingresos fiscales llegan al peso de sus pares corporativos, por lo que el margen impositivo tolerable por la ciudadanía aún no ha llegado a su techo.

### III.6. Recapitulación

Luego de un repaso de parte de la bibliografía clásica sobre Estados y/o regímenes de bienestar, con sus características y evolución histórica, interesa particularmente reafirmar algunas cuestiones de cara a lo que resta de este trabajo:

- ✓ A pesar de algunos problemas o críticas señaladas, la tipología de Gosta Esping Andersen genera los suficientes consensos a nivel académico como para utilizarla como referencia a la hora de tipificar los diferentes modelos de provisión de bienestar.
- ✓ Uno de los principales inconvenientes – la centralidad que tiene el componente de transferencias monetarias en detrimento de los servicios sociales – es una de las tareas que este trabajo se propone salvar.
- ✓ En líneas generales, la literatura especializada revisada ha dado cuenta de forma más que suficiente de las condiciones que hicieron posible el surgimiento y la consolidación de estos regímenes, así como también su capacidad para bloquear o dificultar ciertos cambios, en particular relacionados con recortes en los beneficios o lisa y llanamente el retiro del Estado.
- ✓ Particularmente fuerte es este argumento en los regímenes corporativos y también en los países de Europa del Sur.
- ✓ Sin embargo, la literatura también ha mostrado ciertos problemas para dar cuenta analíticamente de dos situaciones: por un lado, incluso en los contextos de mayor inercia y aversión a los cambios, se han producido reformas que en muchos casos han sido de carácter estructural.
- ✓ En segundo lugar, debido a que el centro de las explicaciones del cambio han estado en situaciones de recorte o retraimiento, las mismas no han considerado cómo pregunta o problema qué condiciones (en términos de coaliciones de poder, arreglos institucionales, actores) determinan o facilitan la expansión del Welfare en los nuevos contextos políticos, económicos y sociales descritos anteriormente.

Estas últimas preguntas ya fueron esbozadas en la introducción de este trabajo, y la intención es testearlas en un escenario diferente al europeo: la región elegida es el Cono Sur de América Latina, a partir del caso de Uruguay. Para esto, primeramente es necesario que se puedan determinar y justificar la relevancia y pertinencia del término “régimen de bienestar” en esta región; para posteriormente poder dar cuenta de las particularidades de este subtipo en relación a los anteriormente mencionados. A partir de dicha caracterización regional, se pasará a la presentación de las principales características y la evolución histórica del caso elegido.

## CAPÍTULO IV. Regímenes de Bienestar en América Latina y construcción del Estado Social en Uruguay

### IV.1. El Estado de Bienestar en América Latina

Como se pudo observar anteriormente, los Estados pueden intervenir para corregir los riesgos generados a través de la estructura de producción existente – de la que ellos mismos son parte –, pero también pueden optar por no intervenir. Es a partir de este hecho donde pueden darse tres escenarios diferentes: o bien las familias se adaptan y buscan organizarse para hacer frente colectivamente a estos riesgos; o bien dichos riesgos son absorbidos de una manera u otra por los mercados y la comunidad en general (Organizaciones de la Sociedad Civil por ejemplo). Finalmente puede darse la situación de que nadie quiera o pueda intervenir en dicha coyuntura, lo que determina que estos riesgos continúen incrementándose y consolidándose al interior de determinados colectivos específicos.

*“El problema es que, para que las familias, las comunidades y los mercados puedan internalizar y absorber estos riesgos, deben cumplirse ciertas precondiciones. En las familias debe haber recursos humanos adultos disponibles y estabilidad y cooperación en estos arreglos entre ellos; en la comunidad deben existir formas básicas de confianza y reciprocidad ancladas en un mínimo de eficiencia normativa que sustenten formas más complejas de cooperación. Por su parte en los operadores de los mercados debe existir la percepción de lucro potencial asociado a dicha absorción de riesgos y por parte de la potencial demanda debe existir la capacidad de pago por dichos servicios.”*  
(Filgueira, 2007)

Ninguna de estas condiciones sociales existe en América Latina en líneas generales. Si a esto le agregamos un Estado incapaz de asumir dichas responsabilidades debido a que carece de las capacidades necesarias – tanto administrativas como políticas –, y que entre los años ochenta y noventa del siglo pasado se vio fuertemente presionado para dismantelar sus ya precarias estructuras de protección social, el resultado es la existencia de una sociedad desigual, fragmentada y con importantes riesgos sociales difíciles de revertir en el corto y mediano plazo. Actualmente, esta región continúa siendo la más desigual del mundo, y esta situación no se limita únicamente a la dimensión económica, sino también a cuestiones como la calidad de la educación que se recibe, el acceso a servicios mínimos de atención sanitaria, las actividades comerciales y de ocio a las que accede buena parte de la población, los barrios donde habitan las personas más pobres y la capacidad de influir políticamente en las decisiones que tienen los ciudadanos, entre otras cuestiones. Esto lleva a poder afirmar que los ciudadanos de esta región viven vidas diferentes – en cuanto a vivienda, educación, atención sanitaria, actividades de ocio y cultura, incidencia

política, etc. – dependiendo de su nivel de renta, y que además gran parte de las personas no pueden disfrutar de una ciudadanía completa, ya que muchos derechos que en estos países son garantizados por ley, finalmente no pueden ser ejercidos o garantizados de forma adecuada (Antón Pérez et al, 2009).

Los problemas asociados a los regímenes o Estados de Bienestar en esta región se pueden explicar entre otros factores a que estos países intentaron aplicar recetas o instrumentos de intervención que tenían como sustento un determinado contexto socioeconómico e incluso cultural, que no era el existente en Latinoamérica. En este sentido, los cimientos en los cuales se apoyaron los diversos instrumentos de intervención social en Europa como por ejemplo el fuerte desarrollo de la industrialización, la urbanización de sus sociedades, la formalidad del mercado laboral e incluso la preeminencia de núcleos familiares “tradicionales”; nunca llegaron a existir de forma tan extendida en América Latina (Filgueira, 2007).

Esto claramente generó un desfase entre la estructura de bienestar que se comenzó a construir y los riesgos a los que dicha estructura debía hacer frente. En líneas generales, se puede decir que los problemas de este *gap*, que en los últimos años están teniendo los países con sistemas de bienestar maduros, entre las matrices de bienestar y el contexto en el que pretenden intervenir, han acompañado a América Latina desde mediados del siglo pasado. Sin embargo, a pesar de este rasgo común a los diversos casos nacionales, lo cierto es que los legados históricos de las matrices de bienestar han influenciado la orientación de las distintas reformas, al igual que en contextos tanto de expansión sobre la mitad del siglo XX, como de retracción o ajuste en las décadas del ochenta y noventa en la región (Haggard & Kaufman, 2008).

Como se verá a continuación, a pesar de la heterogeneidad que caracteriza a América Latina, igualmente pueden ser resaltadas algunas características comunes en relación a los sistemas de protección social nacionales, que en líneas generales se encuentran relacionadas con la centralidad que tuvo y tiene actualmente la pertenencia al mercado formal de trabajo del individuo para ser pasible de recibir asistencia como en los sistemas corporativos europeos – seguros de enfermedad, de desempleo, etc.. Este hecho se convierte en un problema importante cuando justamente la tónica general ha sido la expansión, sobre todo durante las últimas tres décadas, de la informalidad y la precariedad laboral, producto en gran medida de las políticas de ajuste neoliberal implementadas en los ochenta y noventa, que convivieron con una ampliación de los derechos formales reconocidos durante el proceso de redemocratización (Adelantado & Scherer, 2008).

En este sentido, el trabajo de Ian Gough y Geof Wood parte entre otras cosas del reconocimiento de que la tipología desarrollada por Esping Andersen – Regímenes

Socialdemócratas, Corporativos y Liberales – refiere estrictamente a una única familia denominada “Régimen de Estados de Bienestar”, pero que no da cuenta de las particularidades de otras regiones del mundo, especialmente aquellas en vías de desarrollo. Es por eso que estos autores proponen ampliar la tipología de regímenes con dos nuevas familias: los “Regímenes de Seguridad Informal” – dentro de la que se encuentran los países latinoamericanos – y los “Regímenes de Inseguridad” (Gough & Wood, 2004). Justamente, como se verá a continuación, una de las principales características de los países con regímenes de seguridad informal es este componente de precariedad presentado anteriormente.

La directa consecuencia de este tipo de estratificación es una acentuación de la condición de vulnerabilidad de los colectivos con menores capacidades para salir de la pobreza o la indigencia. Otra característica común a los países de América Latina en relación a otras regiones del mundo como Europa del Este o los países asiáticos, es la alta tasa de dependencia infantil y de las personas de la tercera edad (Filgueira, 2007). Justamente este punto también se relaciona con la alta dependencia en el sistema de empleo formal: a partir del mismo, quienes inevitablemente quedan por fuera de todo beneficio son aquellos colectivos que quedan excluidos por una cuestión meramente etárea.

Este tipo de configuración en la región se fue construyendo, de acuerdo a Haggard & Kaufman, a partir de la resolución que cada país le pudo dar a los realineamientos críticos que implicaron los desafíos a la hegemonía de la oligarquía agroexportadora consolidada desde mediados del siglo XIX, llevados adelante por una alianza integrada por las clases medias, intelectuales y sectores empresariales urbanos. Esta nueva coalición dominante propició entre otras cosas los primeros reconocimientos de sindicatos de trabajadores, al tiempo que comenzaron a construir los primeros esquemas de protección social – los seguros pioneros datan de mediados de la década del veinte del siglo pasado – que tenían como beneficiarios principalmente a los empleados públicos y a los sectores de la economía formal mejor organizados. Es a partir de este primer momento que se comienza a configurar el patrón de provisión de bienestar fuertemente estratificado tanto en cantidad como en calidad de servicios, entre los que sobresalen las pensiones y la atención sanitaria (Haggard & Kaufman, 2008).

#### **IV.1.1. Tipologías de Regímenes de Bienestar en América Latina**

Ahora bien, si en vez de concentrarse en las características compartidas, se presta atención a las diferencias y matices que existen entre los países de América Latina, desde finales de los ochenta se han venido desarrollando tipologías que han aportado elementos distintivos de diferentes conjuntos de países, y que no hicieron más que reflejar dichas heterogeneidades existentes en la región. Se puede identificar como

una de las tipologías pioneras al trabajo de Carmelo Mesa Lago en 1989, quien identificó tres conjuntos de países de acuerdo al momento histórico en que los mismos conformaron sus sistemas de seguridad social. Así, por un lado estaban los países **pioneros**, quienes establecieron estos sistemas en la década del veinte e inicios del treinta del siglo pasado (Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica); por otro estaba el grupo **intermedio**, compuesto por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú entre otros, quienes construyeron en las décadas del cuarenta y cincuenta con menor cobertura pero también menos estratificados; y finalmente se encontraban los países **tardíos**, que recién introdujeron este tipo de programas sociales hacia finales de los sesenta (Mesa Lago, 2004).

Una segunda tipología muy influyente en el continente fue la elaborada por Fernando Filgueira, que principalmente asoció el desarrollo de las políticas sociales al proceso de industrialización por sustitución de importaciones existente en la región a partir de los años cuarenta. En la misma, se reconocen tres grandes grupos de países: los que poseen un sistema denominado **Universalismo Estratificado**; los que desarrollaron **Regímenes Duales** de protección social; y aquellos sistemas clasificados como **Excluyentes** (Filgueira, 1998).

Dentro del primer conglomerado de países se pueden encontrar Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay. Estos países lograron alcanzar, pasada la mitad del Siglo XX, una cobertura casi universal de los principales servicios sociales: salud, educación y seguridad social. Esta configuración no se debió, en líneas generales, a una opción política orientada deliberadamente a la universalidad de las prestaciones, sino que por la vía de los hechos, estos sistemas fuertemente estratificados – característica compartida por los sistemas conservadores y corporativos de la Europa Continental – incorporaron a grandes porciones de población gracias a los altos niveles de empleo formal existentes en dicha época. Justamente, este factor determinó que con las sucesivas crisis económicas y sociales que se sucedieron durante la segunda mitad del siglo XX, sumado al deterioro del entramado de protección social producido durante las dictaduras militares – Argentina en 1976, Uruguay y Chile en 1973 – estos países sufrieran más profundamente los efectos de la precarización laboral y el aumento de la informalidad.

Esta inadecuación de la estructura de bienestar logró disimularse en buena medida gracias a los altos niveles de gasto público social en relación al resto del continente. Las respuestas a estos problemas sin embargo, no fueron iguales: mientras que en Argentina y Uruguay la característica más resaltable fue la inacción respecto a un ajuste del modelo, en Chile dicho ajuste adquirió una clara orientación neoliberal – a partir de la dictadura de Pinochet pero continuado con matices por los gobiernos de la

Concertación, de centro-izquierda – y una dirección más socialdemócrata en el caso de Costa Rica (Filgueira, 2007).

Continuando con los tipos de regímenes de bienestar identificados por Filgueira, Brasil, Colombia, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela son los países caracterizados como “duales” y presentan valores de desarrollo humano medio. Su situación puede ser equiparada con países del sur de Asia o algunos países del antiguo bloque soviético. En ellos, las sociedades se encuentran partidas casi a la mitad en lo referido a su inserción en sistemas de protección social (Filgueira, 1998). La razón de esta dualidad se encuentra justamente en la fragilidad o la incapacidad del mercado formal de trabajo de incorporar a mayores porciones de la población, como sí ocurre en los sistemas de Universalismo Estratificado.

Finalmente, los países que presentan niveles de desarrollo humano bajo tienen coincidentemente sistemas excluyentes de protección. Así, países como Bolivia, Ecuador, Honduras o Nicaragua, no tienen asegurado el acceso a bienes públicos esenciales para toda la población, y los intentos más comprometidos de intervención estatal se han producido apoyados en la lógica residual, orientando las políticas hacia la focalización de las prestaciones en vez de tender hacia un sistema de base universal (Filgueira, 2007).

Una tercera tipología que merece la pena ser resaltada es la elaborada por Gough y Wood (2004). Como ya fue presentado, el punto de partida de este trabajo es que en América Latina, la presencia de las instituciones estatales es muy débil, ya sea como productor o como regulador de bienestar, al tiempo que el mercado laboral no funciona como el integrador social por excelencia. El correlato directo de esta situación es que las redes de contención y protección social se encuentran en esta región apoyadas en la familia y otro tipo de arreglos sociales. En definitiva: la informalidad es el rasgo característico que identifica a los países latinoamericanos. En el Cuadro 3, se observan las principales diferencias identificadas por estos autores entre los Regímenes de Estados de Bienestar y los Regímenes Informales.

**Cuadro 3. Principales características de los Regímenes de Bienestar**

	Régimen de Estado de Bienestar	Régimen de Seguridad Informal
<b>Modo dominante de producción</b>	Capitalismo: progreso tecnológico y explotación.	Economías agrarias con capitalismo periférico. Desarrollo desigual.
<b>Relación social dominante</b>	Explotación y desigualdades de mercado.	Combinación de explotación, exclusión y dominación.
<b>Fuente dominante de sustento</b>	Acceso al mercado formal de trabajo.	Existencia de un amplio abanico de formas de sustento.
<b>Forma dominante de movilización política</b>	Coaliciones de clase, partidos políticos basados en temas y problemas públicos.	Formas difusas y particularistas basadas en la relación patrón-clientela.
<b>Tipo de Estado</b>	Estado relativamente autónomo.	Estado escasamente diferenciado de otros sistemas sociales de poder.
<b>Paisaje institucional</b>	Mix de bienestar compuesto por el Estado, el mercado y la familia.	Matriz de responsabilidad institucional muy amplia y permeable, con influencias externas muy poderosas.
<b>Resultados de bienestar</b>	Grados de desmercantilización variados, sumado a la inversión en salud y desarrollo humano.	Inseguridad modificada por derechos informales e “incorporación adversa”.
<b>Path de desarrollo</b>	Regímenes Liberales, Conservadores y Socialdemócratas.	Trayectorias mucho menos autónomas con algunos quiebres de régimen.
<b>Naturaleza de la política social</b>	Poder compensatorio basado en la diferenciación institucional.	Menor variación debido a la permeabilidad e influencia de actores extranjeros.

Fuente: Gough & Wood (2004)

Allí se puede advertir entre otras cosas que la heterogeneidad interna entre los casos es mucho más amplia, tanto en mecanismos de sustento – economía informal, contrabando, relaciones precapitalistas de intercambio –; mientras que por otro lado la conformación de partidos políticos basados en relaciones patrimonialistas, que a su vez han cooptado las estructuras estatales de gobierno, determinan que la receptividad y permeabilidad ante las múltiples influencias y recursos externos condicionen en buena medida la estructura de protección social existente, entre otras cosas.

De alguna manera, en línea complementaria con este rasgo de informalidad, pero centrado además en el período de reforma de estos sistemas de protección social, Barrientos (2004) caracterizó en líneas generales a la primera versión de los regímenes de bienestar de la región como conservadores-informales, en el entendido de que si bien compartían rasgos de los regímenes conservadores de la Europa continental, como por ejemplo la existencia de un sistema de seguridad social fuertemente estratificado; lo cierto es que los diferenciaba justamente el carácter informal de estos arreglos, lo que implicaba entre otras cosas la exclusión de una parte importante de la



población. Sin embargo, de acuerdo a Barrientos, las principales transformaciones y reformas que se dieron durante la década del noventa dieron lugar a un cambio en la orientación hacia esquemas más liberales de protección, aunque manteniendo el carácter informal.

De acuerdo a Moreno, las principales características de este nuevo modelo serían: *“...incremento de los cuasi mercados en la provisión pública, una mayor presencia del sector no lucrativo en el sector de los servicios de bienestar, una desregulación de la contratación laboral, una menor presencia de la seguridad social y una mayor individualización en la compra del bienestar mediante ahorros personales y capitalización, así como una generalización de la mercantilización de los riesgos sociales...”* (Moreno, 2007).

Finalmente, dentro de las tipologías regionales que merecen la pena ser mencionadas, aparece el análisis de cluster realizado por Juliana Martínez Franzoni (2007), quien identificó cuatro conglomerados de países a partir de cuatro dimensiones centrales: el acceso al mercado laboral y a los ingresos; la participación relativa de las familias, las políticas públicas y el mercado en la inclusión y la movilidad social; el desempeño del régimen – tomando en cuenta la mortalidad infantil, esperanza de vida, pobreza, entre otros indicadores –; y las condiciones sociodemográficas y socioeconómicas de cada país. De esta manera, encontramos países con un **régimen productivista informal** (Argentina y Chile), **régimen proteccionista informal** (Brasil, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay), **régimen informal-asistencial** y **régimen altamente informal**<sup>8</sup>.

Luego de presentadas estas tipologías para los países de América Latina, es preciso realizar una serie de puntualizaciones respecto a qué factores serán adoptados por este trabajo de aquí en más. En primer lugar, interesa separar a las mismas en dos planos: por un lado, las caracterizaciones de Barrientos y la de Gough & Wood, que esencialmente establecen aquellos criterios comunes o compartidos a gran parte de la región, es decir, aquellas dimensiones que las separan de otras regiones del mundo. En el caso particular de América Latina, estos rasgos identitarios pasarían por un predominio de la informalidad – referido tanto al peso importante del mercado laboral informal como a la débil institucionalización de las políticas públicas orientadas a la protección social –, y por la cercanía de las estructuras adoptadas por los diferentes países con las configuraciones genéticas de los regímenes de bienestar mediterráneo o de Europa del Sur (Del Valle, 2009).

---

<sup>8</sup> Los países con régimen informal asistencial son Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Perú, República Dominicana y Venezuela; mientras que los que tienen un régimen altamente informal son Bolivia, Honduras, Nicaragua y Panamá.

En un segundo plano o momento entonces, se encontrarían las tipologías elaboradas por Filgueira o Martínez Franzoni que precisamente a pesar de ciertos rasgos comunes, reconocen la existencia de una gran heterogeneidad dentro de la región, y que dicha diversidad merece ser reconocida y estudiada. En este punto, la opción tomada para este trabajo es la de seguir la tipología de Fernando Filgueira, esencialmente debido a que las categorías utilizadas incorporan casos más homogéneos en relación a las dimensiones de Welfare que aquí se estudian. Por lo tanto, a partir de estas definiciones conceptuales queda de alguna manera justificado el intento de hacer dialogar a las teorías del cambio institucional y de los sistemas de bienestar existentes para los países europeos continentales, mediterráneos y países anglosajones con los casos latinoamericanos, pero en particular con Uruguay. Reafirmando esta idea de comparabilidad, se podría agregar también que tanto Uruguay como el resto de países del Cono Sur, presenta los niveles más altos de institucionalización, gasto público social y menores niveles de pobreza de la región; lo que también de alguna manera lo acerca a casos como España o Grecia.

#### **IV.1.2. Evolución y reformas en los regímenes de universalismo estratificado**

Manteniendo las particularidades de cada clúster de países, entre las décadas del cincuenta y sesenta, la región vivió el auge del modelo de crecimiento denominado “Industrialización por Sustitución de Importaciones” (ISI), y que tuvo como elemento distintivo una importante presencia de las instituciones estatales como promotoras y financiadoras – aunque también muchas como ejecutoras – de un intento de reorientar la matriz productiva y alcanzar una menor dependencia de las importaciones de productos de alta industrialización. En líneas generales, este proceso coincidió con la llamada “edad de oro del capitalismo” de los Estados industrializados de occidente y con la hegemonía de los Estados de Bienestar y de la gestión de corte keynesiano de la economía.

Como fue esbozado anteriormente, hasta inicios de la década del ochenta, los países con estructuras de bienestar de Universalismo Estratificado mostraban como principales componentes de la protección social tres patrones característicos de los países del Sur de Europa: seguros sociales que protegían a los trabajadores del sector formal; asistencia social residual; y regulación del mercado laboral basada en la protección del empleo. Sin embargo, en contraste con estos países, estos mecanismos de protección no alcanzaron a la mayoría de la fuerza de trabajo que se encontraba en el sector informal (Barrientos & Santibáñez, 2009).

Pero a partir de finales de la década del setenta, el modelo de crecimiento comenzó a presentar diversos problemas. Dicha situación de crisis estructural y sistémica se puede advertir, con diferentes niveles de intensidad, en los siguientes niveles. Por un lado, crisis de gobierno que entre otras cosas determinó que un sinnúmero de altos

mandos – muchas veces los propios presidentes – tuvieran que abandonar los cargos antes de finalizar su mandato. Este movimiento “...suele estar acompañado por erráticos cambios de políticas públicas (...) y por una generalizada sensación de que no se logra estabilizar ningún poder público.” (O’Donnell, 1982). Por otra parte, también existió una crisis de régimen, que implicó competencia entre las elites por imponer diferentes canales de representación y sobre todo, gobierno. Una tercera crisis es la de acumulación, que llevó a que ciertos intereses se vieran desafiados por las clases subordinadas, por lo que era necesario “ponerlas en su lugar”. Finalmente, en este período confluyó una crisis social o de dominación. “Esto es, se trata de la aparición de comportamientos y abstenciones de clases subordinadas que ya no se ajustan, regular y habitualmente, a la reproducción de las relaciones sociales centrales en una sociedad *qua* capitalista. Rebeldía, subversión, desorden, indisciplina laboral, son términos que montan situaciones en las que aparece amenazada la continuidad de prácticas y actitudes, antes descontadas como “naturales”, de clases y sectores subordinados.” (O’Donnell, 1982).

Sin embargo, a diferencia de la mayoría de las respuestas que se produjeron en Europa o en el resto del mundo anglosajón, esta situación derivó en América Latina en una proliferación de golpes de Estado de corte cívico-militar que instalaron regímenes que pueden ser denominados como “burocrático-autoritarios” (O’Donnell, 1982). Estos nuevos regímenes fueron los encargados, con éxito dispar, de iniciar la instalación de un nuevo modelo de bienestar, de desarrollo económico y de inserción internacional. Las principales características de estos Estados identificadas por el autor son: 1- una base social de apoyo centrada en la gran burguesía, de carácter oligopólico y transnacionalizador; 2- una re significación del aparato coactivo del Estado con dos objetivos fundamentales: reinstaurar el orden social, sobre todo dentro del sector popular; y “normalizar” el funcionamiento de la economía; 3- aplicación de un sistema de exclusión política de un sector específicamente identificado, con la intención de garantizar la dominación social; 4- supresión de la ciudadanía política; 5- también desarrolla un sistema de exclusión económica, mediante el fomento de un patrón de desarrollo favorable a las unidades oligopólicas del capital; 6- aplicación de intentos sistemáticos por despolitizar las cuestiones sociales, a partir de criterios de pretendida objetividad y racionalidad técnica (O’Donnell, 1982).

Igualmente, incluso dentro de un mismo marco de dictaduras militares, las particularidades nacionales determinaron que estos intentos reformistas, centrados en el retiro del Estado del ámbito económico y el desmantelamiento de las estructuras de bienestar, tuvieran desarrollos incluso en algunos casos muy disímiles. El paradigma de radicalidad en los cambios fue sin lugar a dudas el caso chileno bajo la dictadura de Pinochet. Estas reformas, diseñadas y llevadas a la práctica por tecnócratas neoliberales conocidos como los “Chicago Boys”, pudieron ser implementadas de

forma cabal justamente como consecuencia del entorno autoritario en el que se inscribieron (Haggard & Kaufman, 2008). Este modelo, promovido como paradigma de reforma exitosa por los OFIs, terminó de confirmar el rol fundamental de estos actores internacionales para la comprensión de determinadas opciones políticas tomadas por los diferentes Estados, como se analizará posteriormente con el papel jugado por el Banco Mundial en las reformas del sector salud en los noventa.

En Argentina y Uruguay en cambio, estos regímenes estuvieron en general menos propensos a desandar lo avanzado en materia social, pero como contrapartida, al tiempo que el reforzamiento de estos programas tampoco era una opción, se comenzaron a instrumentar algunas de las medidas que serían centrales en la década siguiente: se descentralizaron servicios como forma de fragmentar el poder de las corporaciones pro bienestar como en Argentina; y se comenzaron a desfinanciar por la vía de los hechos a los servicios públicos, por ejemplo a través de la pérdida de valor presupuestal por el aumento de la inflación como en Uruguay.

A partir de la década de los noventa, cuando estos problemas reseñados anteriormente se colocan de manera prioritaria en la agenda política del continente, las respuestas ensayadas en prácticamente todos los países respondieron a la lógica dominante a nivel global: el desmantelamiento de las estructuras de bienestar y de la adopción de estrategias residuales y focalizadas de provisión de bienes y servicios públicos (Antía, 2008; Repetto, 2010; Sojo, 2007). Los resultados más visibles de esta lógica se pueden advertir en los niveles y distribución sectorial del gasto público social - estables en el tiempo y distribuidos a partir de la prioridad a esfuerzos dispersos dentro de la Administración Pública y dentro del entramado económico y social -; el endurecimiento de los criterios de elegibilidad para poder acceder a los sistemas de protección social; sumados a los procesos de privatización de dichos sistemas y al apoyo estatal vía subsidios para la realización de dichas actividades (Filgueira, 2007).

Particularmente en materia de institucionalidad social, los tres procesos que caracterizaron a las reformas llevadas adelante en la región durante este período fueron: la desestatización, la descentralización y la focalización. Mediante la desestatización, se produjo una transferencia de responsabilidades desde ámbitos estatales hacia los diversos actores privados; la descentralización complementariamente, implicó entre otras cosas la redistribución de responsabilidades políticas y económicas de los diferentes servicios públicos en beneficio de las unidades de gobierno sub nacionales; y finalmente la focalización fue el nuevo objetivo de la intervención pública en materia social: “...del ciudadano como receptor de derecho, al grupo o zona de riesgo como receptor estratégico.” (Repetto & Andrenacci, 2006).

Estos movimientos, a diferencia de las orientaciones de cambio prevalecientes en la década del ochenta mencionadas anteriormente, tuvieron como contrapartida la construcción de un nuevo tipo de Estado, que en este caso se debería orientar principalmente a tareas de regulación – y en el mejor de los casos seguimiento y evaluación – de la provisión de bienes y servicios públicos desarrollada por actores privados, arreglos público-privado, comunitarios o públicos de nivel sub nacional. De modo que las relaciones contractuales en sustitución a las jerárquicas identificadas en materia de gestión de los recursos humanos también comenzaron a prevalecer como forma de vínculo esencial entre principal y agente o entre diseñador y proveedor. La amplitud y el grado de profundización de este proceso variaron notoriamente, no sólo entre países de la región, sino también entre las diferentes áreas de política social, entre otras cosas a partir de la configuración previa del sistema, la distribución de poder entre los diferentes actores involucrados, entre otras.

Pero de cualquier manera, los efectos de este proceso, sumados a la incidencia también dispar de la descentralización – administrativa en algunos casos y financiera en otros – determinaron una acentuación de algunos de los peores rasgos de las matrices tradicionales de bienestar: la fragmentación de las políticas y la gran diferenciación de la calidad y cantidad de servicios según la pertenencia o no a determinados grupos específicos de la población, que en algunos casos podían estar determinados por el nivel de ingresos, y en otros se derivaban de la pertenencia a determinado grupo ocupacional. Estas cuestiones impactaron directamente sobre la noción de ciudadanía social de una sociedad determinada, pero además, le planteó también una serie de retos institucionales a las estructuras públicas: fundamentalmente el de la coordinación y el abordaje intersectorial de las políticas públicas sociales.

Dichos retos aparecen determinados, tanto por las características de los nuevos riesgos sociales a los que las acciones públicas deben hacer frente, como por algunos problemas asociados a la configuración particular para dicha provisión que se mencionaba recién. Fenómenos como la pobreza estructural, la indigencia y en definitiva, la exclusión social, no son problemas que puedan ser abordados desde una lógica meramente sectorial, ya que justamente una de sus principales características es la complejidad de los mismos. Solamente para poner un ejemplo, la reducción de la mortalidad infantil no depende exclusivamente de los esfuerzos en materia de política sanitaria, y mucho menos cuando la población objetivo comparte además un conjunto determinado de carencias críticas asociadas a los ingresos, las condiciones de la vivienda, el saneamiento, la educación de los miembros de la familia, entre otras.

Pero a la complejidad intrínseca del objeto de intervención, se le agrega por otra parte que las soluciones político-institucionales construidas durante los años noventa para revertir estos procesos justamente se orientaron en el sentido contrario:

fundamentalmente se optó por una lógica de proliferación de programas pequeños, aislados entre sí, financiados a partir de recursos provenientes de la cooperación internacional o de préstamos de los OFIs, y en la mayoría de los casos radicados institucionalmente en la órbita del Poder Ejecutivo respectivo, con control casi directo por parte de la figura presidencial. El efecto de estos programas fue diverso. Por un lado, determinó una fuerte desarticulación de la lógica sistémica que antaño se le pretendía dar a la política social en su conjunto. Pero además, no se logró uno de los principales cometidos de estas iniciativas, que era la de racionalizar y llegar efectivamente a la población que necesitaba de la ayuda de los recursos públicos, básicamente debido a que los mismos carecieron de cualquier tipo de articulación o control político, lo que derivó en la superposición de las mismas en determinadas regiones, o poblaciones-objetivo, quedando de esta manera gran parte del universo poblacional carenciado por fuera de los beneficios de estos programas (Repetto & Andrenacci, 2006).

La preferencia por la radicación institucional de estos programas en la órbita presidencial, significó más allá de las cuestiones asociadas al rédito político que de las mismas se pensaba obtener, la generación de mecanismos de by pass de la institucionalidad existente (Midaglia, 2010). Una de las consecuencias principales de este proceso consistió en que fuera mucho más sencillo generar estructuras de gestión paralelas – en muchos casos fuertemente profesionalizadas gracias a las importantes sumas de recursos aportados desde los organismos internacionales – a las ya existentes, que asumir políticamente los posibles costos de reformar efectivamente al núcleo duro del Estado. Este tema remite directamente al de la construcción de capacidades estatales, que con el paso de los años se ha convertido recurrentemente en el centro de cualquier proceso de reforma tanto institucional como político de las diferentes estructuras estatales.

Repasada la evolución histórica de los regímenes de bienestar en América Latina, pero especialmente en los países del Cono Sur, se podría decir que en los términos planteados por Paul Pierson, que los ajustes y reformas en las políticas de bienestar de este conjunto de países durante la década del noventa han optado predominantemente por seguir una lógica de ajuste orientado a la re mercantilización, aunque los mismos no parecen haber redundado en el quiebre de la lógica corporativa y fragmentada predominante en estos casos.

En la última década sin embargo, el acceso al gobierno de una serie de partidos políticos identificados con propuestas de centro-izquierda al estilo socialdemócrata europeo (Panizza, 2005) como en Uruguay o Brasil, y de partidos con tendencias de izquierda como en Argentina, Bolivia o Ecuador; se ha intentado revertir estas políticas que no sólo no resolvieron los problemas existentes sino que en muchos casos los agravaron. De cualquier manera, una rápida mirada a estos procesos conlleva la

conclusión de que estos intentos, aun logrando revertir las tendencias remercantilizadoras, no han podido instalar seriamente intentos de reformas estructurales orientadas hacia concepciones socialdemócratas o universalistas de las políticas públicas en general y de las políticas sociales en particular; así como una mayor articulación y diálogo en pie de igualdad entre la política económica y la política social.

Así, poniendo el énfasis nuevamente en los países del Cono Sur, se advierten por ejemplo algunos esfuerzos institucionales por cambiar la lógica de atomización de programas y de provisión focalizada de servicios, bajo el argumento de la necesidad de comenzar a avanzar hacia mecanismos de mayor coordinación política de parte de las autoridades electas democráticamente, resolviendo así muchos de los problemas que se le achacaron a los modelos anteriores de políticas sociales: superposición de funciones, poca capacidad para llegar a la totalidad del grupo objetivo de beneficiarios, niveles de prestaciones poco progresivas, etc. Estos cambios estuvieron también acompañados del reconocimiento político, y también académico, de que los nuevos riesgos sociales – pobreza, exclusión creciente o infantilización de la pobreza entre otros – deben ser abordados de forma integral, trascendiendo lógicas sectoriales de intervención. La materialización de algunas de estas aspiraciones pueden observarse en estos países con la creación de los llamados Ministerios Sociales, y otras instancias de coordinación como los Gabinetes de Desarrollo Social (Uruguay desde el 2005) o el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales en Argentina, desde inicios de la década del 2000; aunque la consolidación de estas organizaciones aún está por definirse (Midaglia et al, 2010).

Dentro de estos nuevos marcos institucionales se comenzó a procesar también un giro en las políticas sociales, las que primordialmente pasaron a ocuparse de la asistencia social, a través fundamentalmente de programas de gran alcance pero focalizados en la reducción de la pobreza y la vulnerabilidad social. El instrumento preferido para estas políticas fueron las transferencias condicionadas de renta, complementadas con pensiones de carácter no contributivo (Barrientos & Santibáñez, 2009). Dentro de la proliferación de estos planes – con impactos y funcionamientos dispares – vale la pena mencionar como ejemplos al Progreso/Oportunidades de México, al Bolsa Familia de Brasil o al PANES (Programa de Atención Nacional a la Emergencia Social) en Uruguay.

Las mismas se vinieron a instalar en un contexto en el cual, a partir de las consecuencias que tuvo la apertura comercial y financiera sobre la desregulación del mercado de trabajo, el peso y capacidad de veto y presión de los sindicatos se veía muy limitada. Este hecho en parte puede aportar parte de las razones por las que en esta época se da esa aparente paradoja de que los principales cambios en política social vengan por el lado de beneficiar a aquellos sin voz, en algunos casos sin

beneficiar directamente a aquellos colectivos que integraron históricamente la coalición de apoyo a la expansión de las estructuras tradicionales de bienestar (Riesco, 2009).

Un rasgo distintivo de estos programas es la búsqueda por combinar transferencias directas con la provisión de servicios, en un intento de promover la creación de capital humano. Esto implica entre otras cosas que si bien existe un apoyo explícito a la importancia de la salud y la educación como condicionantes a la hora de alcanzar mejores niveles de vida, también se reconozca como fundamental que dichos servicios por sí solos no pueden sacar a la gente de la pobreza y la exclusión, entre otras cosas debido a que la propia configuración de dichos servicios muchas veces le impone costos relativos al acceso de los mismos, que terminan oficiando como barreras a la entrada a pesar de la garantía formal de acceso. Este es un punto que será más adelante enfatizado especialmente en referencia al acceso a los servicios de salud (Barrientos & Santibáñez, 2009).

No es casual que este tipo de políticas hayan aparecido fundamentalmente en países de renta media, con un Estado de Bienestar que si bien tiene un desarrollo importante no alcanza los niveles de los países europeos. Es que en estos contextos de EB “truncado”, en el sentido del escaso alcance de algunas de las principales políticas, en líneas generales las iniciativas públicas no terminaban de llegar a los más carenciados, por lo que a pesar de no tener niveles bajos de gasto público social – de hecho los datos muestran un crecimiento del GPS en los últimos 15 años (CEPAL, 2007) –, el mismo no redundaba en una caída importante de los niveles de pobreza y desigualdad existentes (Antón Pérez et al, 2009).

Por otra parte, la opción por entregar directamente el dinero contribuyó por un lado a simplificar la prestación, y por otro ayudó a eliminar con una serie de prácticas clientelares asociadas a la entrega de “especies” como por ejemplo las canastas de alimentos. Finalmente, la inclusión de un componente no contributivo en las prestaciones fue fundamental para escapar de las trampas de los sistemas de seguridad social tradicionales caracterizados por la pertenencia al mercado formal de trabajo, que debido a su fragmentación en términos de acceso y calidad de servicios se habían vuelto de forma importante regresivo. *“...rather than reducing socio-economic disparities, many Welfare interventions have actively contributed to them. (...) Historically, social policies have privileged richer groups, distributing resources away from the poor.”* (Lloyd Sherlock, 2009).

Por otra parte, si bien esta concepción, si se quiere multidimensional, de la política social, implica necesariamente que las instituciones estatales tradicionales de bienestar se vean desafiadas política y administrativamente ante la necesidad de



coordinar interinstitucionalmente para una correcta gestión de estas iniciativas públicas. Este hecho, en un contexto de alta fragmentación institucional y de escasas capacidades estatales, plantea por lo menos la necesidad de discutir políticamente el rumbo de la política social en cualquier país de la región. Esto es así porque como se estableció en el capítulo anterior, las reformas institucionales y/o administrativas asociadas a las políticas sociales tienen un impacto directo en la orientación que posteriormente las mismas terminarán asumiendo.

## **IV.2. Construcción y desarrollo del Estado y del sistema de protección social en Uruguay**

La intención de este apartado es presentar algunas de las principales características distintivas de la construcción y evolución de la institucionalidad estatal y de la matriz de protección social en Uruguay, durante el siglo XX y la primera década del siglo XXI. Dicha descripción oficiará como marco de contexto para el caso específico de la sanidad, que será presentado en posteriores capítulos; pero al mismo tiempo permitirá advertir la necesidad de revisar las configuraciones sectoriales de cualquier país, ya que generalmente las tipologías generales pueden dar a entender que existen ciertos patrones compartidos por todo el sistema cuando la realidad es mucho más compleja.

La historia política de Uruguay se encuentra fuertemente condicionada por la acción e interacción entre dos partidos políticos que nacieron y se institucionalizaron prácticamente en forma conjunta a la consolidación del país como Estado-nación, entre finales del siglo XIX y los primeros años del siglo XX. Estos partidos fueron el Partido Colorado (PC) y el Partido Nacional o Blanco (PN), quienes fueron estructurando las macroinstituciones del nuevo país como el sistema electoral, la organización de los poderes públicos, o la institucionalidad estatal; a partir de los diferentes pactos que se iban negociando luego de cada enfrentamiento entre estos grupos, que incluso iniciado el siglo XX eran de carácter armado (Lanzaro, 2003). Por este motivo, el reclamo efectivo del monopolio del uso de la violencia física legítima por parte del Estado se produjo de forma relativamente tardía.

Ante la ausencia de un Estado absolutista, como fue el caso de la mayoría de los países europeos, que haya construido una burocracia con ciertos niveles de profesionalización, dicho proceso estuvo liderado en el caso uruguayo por los propios partidos políticos; lo que dotó a esta nueva estructura de un carácter patrimonialista que incidirá de forma importante en los sucesivos procesos de expansión de la actividad estatal, fundamentalmente en el área social (Papadópulos & Zurbriggen, 2007). A esta secuencia temporal – la existencia de partidos antes que un Estado – que explica en parte la cooptación de los partidos políticos de las instituciones estatales, se le debe agregar la presencia de una sociedad civil muy débil, que determinó una

temprana y fuerte presencia estatal en diversos ámbitos que en otras sociedades fueron generalmente reservados para el ámbito privado exclusivamente. El estatismo será un rasgo característico de la sociedad uruguaya que se podrá advertir de forma clara para ciertos ámbitos como la seguridad social o la educación; pero no será un factor tan notorio en el campo de la atención sanitaria.

Dichos partidos, se fueron institucionalizando y sumando apoyos ciudadanos a partir de la explícita contraposición en relación a una serie de clivajes entre los que se destacan el vínculo entre campo y ciudad, nacionalismo e internacionalismo, intervencionismo estatal y liberalismo, entre otros. De esta manera, a grandes trazos se podría caracterizar en sus inicios al PC como un partido con una concepción estatista del desarrollo del país, una proyección cosmopolita e internacionalista relacionada con la forma en que el país debía insertarse en el mundo, así como también una visión fuertemente centralista y capitalina – sus principales dirigentes y masa electoral se encontraba en Montevideo – de la gestión pública (Caetano & Rilla, 2004).

Como contrapartida, dentro del PN, la corriente principal durante la gran mayoría del siglo XX – el llamado “Herrerismo” debido a su líder histórico, Luis Alberto de Herrera – tenía entre sus rasgos más destacables “... *una propuesta anti estatista, claramente defensora del rol primordial del mercado y de la iniciativa privada; una desconfianza visceral a los impuestos (...) y al crecimiento del Estado; un ruralismo radical y popular; una militancia política de adhesión democrática y liberal (con las sombras de sus simpatías por el fascismo y el franquismo (...)) un recelo ante el aluvión inmigratorio (que no debía hacer a los “orientales” “huéspedes en su propia casa”) y ante las políticas educativas y sociales de perfil universalista; entre otras.*” (Caetano & Rilla, 2004).

Si bien las características reseñadas marcaron fuertemente las posiciones de estos partidos, una de las principales razones del éxito y permanencia de los mismos estuvo dada de alguna manera por el hecho de que al interior de los mismos se fueron sucediendo diferentes facciones que presentaban matices o incluso rivalizaban con las tendencias mayoritarias, amparadas e incentivadas por un sistema electoral que permitía que diferentes candidatos de un mismo partido acumularan votos para un único “lema”. Este punto no es nada menor ya que muchas veces facciones de un partido compartía más ideas con una facción del partido rival que con sus competidores internos; complejizando así la formación de coaliciones de apoyo para las diferentes propuestas legislativas.

En Uruguay, históricamente el rol del Estado en materia de innovación y desarrollo tuvo una presencia fundamental en tanto impulsor y/o financiador de diferentes iniciativas. Esto se debió esencialmente a la forma en que se conformó el Estado uruguayo y su particular relación con los partidos políticos antes mencionados. Los

mismos oficiaron al inicio de Uruguay como país independiente, como sustitutos de la burocracia y del ejército durante los primeros pasos del nuevo Estado-nación (Papadópulos y Zurbriggen, 2007). Este hecho redundó en una rápida cooptación de los partidos que determinó entre otras cosas la construcción patrimonialista de la Administración Pública del país.

Si le sumamos a esta configuración del Estado en su interior, la debilidad estructural de la sociedad civil, sobre todo en lo relativo a su capacidad de innovación y de emprendimiento; no sorprende que el Estado haya tenido que asumir tareas relacionadas con la conformación de la estructura productiva y de desarrollo del país. El problema es que lo hizo permeado por los partidos políticos, lo que redundó en una pérdida importante de autonomía en su accionar.

Los inicios del siglo XX en Uruguay presentaron como principal novedad política consolidación de las bases del sistema democrático que caracterizó al país durante gran parte de los siguientes años. En este sentido, se destaca el denominado “período Batllista”, denominación surgida a raíz del nombre de quien fuera dos veces Presidente de la República: José Batlle y Ordoñez, del Partido Colorado. Fue durante este período que se comenzó a consolidar el rol preponderante del Estado en la vida económica, social y productiva del país. Dicho proceso implicó por lo tanto un conjunto de cambios estructurales en diversas áreas, dentro de las cuales comenzaron a aparecer las responsabilidades públicas en el área social, y en particular en materia de atención sanitaria, junto con la legislación laboral y el inicio del proceso de industrialización de la estructura productiva.

90

Esto se debió entre otras cosas al hecho de que, a pesar de que el país había logrado su independencia hacía más de medio siglo, recién en el año 1904 – justamente durante el gobierno de Batlle y Ordoñez – a partir del triunfo del ejército sobre una revuelta liderada por líderes del PN, recién se puede afirmar que el Estado uruguayo comenzó a ostentar el monopolio de la fuerza física legítima sobre el territorio. Además de la función de defensa, el Estado en este período comenzó a desarrollar una importante diversidad de actividades que incluyeron entre otras cosas: la generación de bienes y servicios, consolidando un intervencionismo económico cada vez mayor; y el impulso al desarrollo industrial y comercial estatal a partir de una serie de nacionalizaciones y estatizaciones, además del establecimiento de monopolios legales en áreas como los seguros o la pesca.

En el plano social, la justificación de la intervención del Estado venía por el lado de la equidad. Dicha intervención permitiría *“...dotar a las clases sociales más numerosas y menos favorecidas de una suma de beneficios que, de otra manera, serían únicamente accesibles a las acomodadas.”* (Mensaje del Poder Ejecutivo firmado por Batlle y Ordoñez en 1911, citado por Filgueira et al, 2007). Esta convivencia entre las funciones militares, administrativas y de construcción de un imaginario cultural nacional

anteriormente mencionadas con el desarrollo de iniciativas en materia social, constituyeron una particularidad del caso uruguayo debido a que la misma no respondió en buena medida a las necesidades específicas de la sociedad y el desarrollo de la economía, sino que fundamentalmente dicha intervención pretendió aportar en la consolidación institucional del Estado (Papadópulos, 1992). Dicha expansión, tanto en materia de atención sanitaria como en relación a las primeras políticas de seguridad social, no siguió criterios universalistas – como ya fue mencionado – sino que se fueron priorizando en primer lugar a aquellos grupos más relevantes a la hora de consolidar la construcción del Estado-nación: funcionarios públicos, tanto militares como civiles; y maestros.

Bajo estos parámetros de predominio partidario y debilidad estructural de la sociedad civil es que se inició, sobre la década de 1920, la progresiva incorporación a la vida política de la clase obrera, entre otras medidas a través de la universalización del sufragio masculino y los primeros pasos hacia la legalización efectiva de los sindicatos. A diferencia del recorrido que Esping Andersen presenta para los países europeos, en el caso uruguayo la construcción del actor sindical estuvo en buena medida determinada por los desarrollos legales que se producían desde el Estado, principalmente en materia de legislación laboral, por lo que los primeros pasos hacia la construcción de un Estado de Bienestar no provinieron de las presiones y las demandas de la clase obrera, sino que por el contrario, estas políticas oficiaron como mecanismo de integración social – pero fundamentalmente de integración política – para los partidos políticos tradicionales. El doble proceso de democratización y construcción estatal trajo como consecuencia una cuasi simultaneidad entre la consolidación de la ciudadanía política con la social, definiendo por lo tanto una ruta diferencial respecto a otros países (Lanzaro, 2003).

El Partido Colorado, fundamentalmente a través de la participación de Luis Batlle Berres durante la década del cincuenta – hijo de Luis Batlle y Ordoñez – continuó impulsando una fuerte participación del Estado en la vida de la sociedad uruguaya. Dicha experiencia mantuvo indudables continuidades en relación al proyecto de su padre, aunque también incorporó ciertos matices relevantes, como el hecho de centrar las intervenciones estatales en la regulación y la supervisión que en la producción directa de bienes y servicios; aunque dichas actividades no sufrieron nada parecido a un retroceso (Caetano & Rilla, 2004). Este escenario se mantuvo relativamente estable hasta el año 1958, momento en que se produjo por primera vez en el siglo XX alternancia entre diferentes partidos en el gobierno, gracias a la victoria del Partido Nacional.

Si se realiza un repaso de lo presentado hasta este momento, el perfil de la estructura de protección social aparece claramente: Uruguay fue uno de los países pioneros en la región en cuanto al desarrollo de sistemas de seguridad social – las primeras políticas

en este sentido se pueden encontrar ya en 1919 (Arim, 2009) – y además le imprimió a varias de sus acciones una búsqueda y aspiración por alcanzar la universalización y la integración del conjunto de la sociedad a dichos servicios públicos.

Como contrapartida a esta vocación universalista, aparece también el hecho de que los aspectos asociados a la provisión – cantidad y calidad de bienes y servicios por ejemplo – estuvieron históricamente estratificados de acuerdo a la forma de inserción en el mercado formal de trabajo en relación al sector de pertenencia dentro de dicho mercado. Básicamente estos son los rasgos que llevaron a considerar al caso uruguayo dentro de los países con Universalismo Estratificado. Pero si se realiza una aproximación a los diferentes componentes de esta matriz de protección – seguridad social, educación y asistencia – y a su evolución histórica, se podrá observar que no necesariamente los mismos han transitado sendas similares, y algunas de esas diferencias se pueden llegar a explicar por la existencia de puntos de partida divergente, sobre todo en relación a la participación de las instituciones estatales dentro de los respectivos subsistemas.

Otro aspecto a tener en cuenta referido a estas primeras etapas de construcción del Estado uruguayo, es su fragmentación institucional derivada fundamentalmente de la lógica negociadora y co-participativa construida por los dos partidos tradicionales. En este sentido, la lógica predominante de reparto de recursos de poder, determinó en cierta medida un proceso de “inflación institucional” en las diferentes áreas de intervención pública, con el objetivo de compensar posibles desvíos respecto de los equilibrios de poder y cargos de dirección existentes. La existencia de directorios colegiados, de integración bipartidaria en prácticamente todo el universo de empresas públicas y organismos descentralizados es otra muestra de este fenómeno, que implicó entre otras cosas la consolidación de acuerdos muy orientados a la estabilidad y a la preservación del statu quo, y por lo tanto, poco proclives al cambio institucional y político más dinámico.

A continuación se presentará de forma extremadamente sintética una caracterización y evolución de la seguridad social, la educación y la asistencia social – entendida como el conjunto de iniciativas destinadas a poblaciones vulnerables de carácter no contributivo – en el país, fundamentalmente a partir de cuatro momentos históricos: la expansión y consolidación en la primera mitad del siglo XX; el período de crisis económica y social de finales de los sesenta junto al período autoritario (1973-1984); la post dictadura con la década del noventa; y finalmente la primera década del siglo XXI fundamentalmente a partir de la primera experiencia del Frente Amplio en el gobierno (2005-2009).

Al igual que para el caso de la salud que será analizado posteriormente, los impulsos iniciales para la conformación de algún tipo de seguro ante determinadas contingencias vitales y como resultado de la actividad laboral de los individuos –

seguros de enfermedad, de desempleo o jubilaciones – estuvieron originados en la propia sociedad civil, a partir de finales del siglo XIX, fundamentalmente a partir del accionar de las primeras asociaciones de trabajadores, vinculadas a la iglesia católica como el Círculo Católico de Obreros (Harriett, 2011). Hasta ese momento, la fuente principal de contención ante dichas eventualidades provenía de las familias o de la caridad de las instituciones religiosas.

Pero a diferencia de otros sectores – como el de la atención sanitaria – las instituciones estatales rápidamente se comenzaron a hacer cargo de estos servicios, en los primeros años del siglo XX. Así, durante las primeras tres se sucedieron más de 60 proyectos de Ley relacionados con temas de protección social como la creación de pensiones a la vejez o la construcción de cajas de aseguramiento estatales y paraestatales (Sempol, 2011). La idea que primó durante esta época fue la de avanzar mediante la creación de diferentes seguros sociales, con una lógica de etapas sucesivas, hacia un sistema de seguridad social que incluyera al conjunto de la población. Dicho proceso reflejó claramente, tanto las capacidades de presión de los diferentes colectivos sociales, como las prioridades de la clase política del momento.

Así, en 1904 se creó la Caja de Jubilaciones y Pensiones Civiles, que tenía el cometido de brindar asistencia a los empleados públicos; en 1911 nació la Caja de Pensiones Militares; y en 1919 se instrumentó la Caja de Empleados de Servicios Públicos, que cubría la atención de los trabajadores de las distintas empresas estatales como los ferrocarriles, telégrafos, agua y teléfono. Durante este mismo año, también se aprobó legislativamente una pensión a la vejez que presentó entre sus rasgos distintivos el hecho de que tenía una cobertura universal, y sus beneficios no estaban excluidos para aquellas personas que no habían contribuido al fondo con aportes laborales (Sempol, 2011).

Será recién sobre el primer cuarto de siglo, en 1925, cuando se implementaron los primeros seguros sociales a través de empresas paraestatales en el ámbito privado, cubriendo en primer término a las instituciones pertenecientes a la banca y al comercio. La continuidad en esta lógica de creación de diversos seguros tuvo como correlato que al poco tiempo se comenzaron a producir intentos legislativos por unificar y/o centralizar el esquema existente. De hecho el primer proyecto en este sentido data del año 1933 (Sempol, 2011).

La evolución de las políticas de protección y seguridad social en Uruguay presentaron como otro gran hito a destacar – quizás el más importante de toda la primera mitad del siglo XX – la aprobación de la ley 10.449, que estableció fundamentalmente dos grandes innovaciones: por un lado, creó los Consejos de Salarios, de integración tripartita y separados según rama de actividad, con el principal objetivo de fijar el salario mínimo para cada una de ellas. En su Artículo 5º, la ley dice que: *“Créanse los Consejos de Salarios que tendrán por cometido fijar el monto mínimo de los salarios*

*que deben percibir los trabajadores, empleados u obreros del comercio, la industria, oficinas y escritorios de propiedad privada y los servicios públicos no atendidos por el Estado. En cualquier época el Poder Ejecutivo podrá provocar de oficio o a petición de parte, por intermedio del Ministro competente, la constitución de Consejos de Salarios."*

Esta ley fue resultado de una continua y amplia discusión política, que se comenzó a producir desde principios de la década del treinta, y su texto final fue producto de una síntesis de diferentes proyectos presentados a lo largo de los años anteriores. La iniciativa contó con amplio consenso, y de algunas de las intervenciones realizadas durante la discusión parlamentaria se observa un hincapié importante en la contribución de la nueva política de ampliar la demanda de consumo interno (Koster, 2011).

La segunda innovación introducida en la ley 10.449 fue la creación de las Asignaciones Familiares (Artículos 21 a 30). Este régimen implicó el pago de una compensación a los diferentes empleados, obreros o peones, por cada hijo a cargo, y hasta que los mismos llegaran a la edad de 14 años. Como se puede observar, esta prestación está destinada únicamente a las familias con trabajadores insertos en el mercado formal, y no dependía de los niveles salariales o contributivos de los mismos (Midaglia & Silveira, 2011).

La implantación de los Consejos de Salarios contribuyó a consolidar la bonanza económica del período, a partir del aumento del salario real de la clase trabajadora. Sin embargo, a partir de principios de los años sesenta, la situación de crisis existente comenzó a minar gran parte de los logros sociales de los años anteriores, desnudando al mismo tiempo algunas fragilidades del sistema existente hasta ese entonces. Entre ellas se puede mencionar al clientelismo generado en las prácticas cotidianas del otorgamiento de los beneficios, entre otras cosas fruto de la fuerte politización de estas estructuras, que determinaron que el otorgamiento de jubilaciones y pensiones fuera utilizado como mecanismo de compra de votos (Pellegrino, 2011).

Desde el punto de vista del actor sindical, al no existir aún una central obrera unificada, las demandas continuaron realizándose de forma extremadamente fragmentada. Esta fragmentación determinó por ejemplo que aquellas organizaciones sindicales más organizadas y cohesionadas fueran capaces de atenuar de forma más importante los efectos negativos del escenario de crisis, a diferencia de aquellos sindicatos con menor capacidad de presión. A esto debe sumársele también como otro factor de heterogeneidad y desigualdad, la diferencia entre *insiders* y *outsiders* en relación a las capacidades para afrontar esta coyuntura (Koster, 2011).

Las elecciones del año 1966 determinaron por un lado el retorno del Partido Colorado al gobierno, pero también fue un acto eleccionario que reformó la Constitución del

país. Entre las novedades de la nueva carta magna cabe destacar la eliminación del Ejecutivo Colegiado a favor de la reinstauración de un esquema presidencialista; y por otra parte, en relación al tema de la protección social, se creó el Banco de Previsión Social (BPS) como ente autónomo. Esta medida constituyó el primer paso para consolidar la centralización del sistema de seguridad social (Pellegrino, 2011). Dicha institución tenía dentro de sus cometidos coordinar las diferentes políticas de seguridad social y a sus diversos actores, y su estructura directiva estaba organizada en base a la representación de trabajadores, empresarios y jubilados. Sin embargo, la integración prevista no se logró aplicar hasta el año 1992, cuando recién fueron reglamentados los requisitos para la elección de los representantes sociales. El BPS se consolidó rápidamente como la principal institución de seguridad social del país, nucleando al 95% de la población activa hacia el año 1972 (Pellegrino, 2011).

En relación a la estructura general de la matriz de bienestar, como ya fue mencionado anteriormente, la misma puede ser caracterizada como una matriz de corte corporativa o de universalismo estratificado (Filgueira, 1998) cuyos niveles de pobreza y desigualdad, a pesar de haber aumentado notoriamente a comienzos del siglo XXI, son de los más bajos de la región. Si bien a comienzos del siglo XX Uruguay presentó avances en materia de políticas sociales similares a los de sus pares europeos, lo cierto es que la falta de adecuación de las nuevas instituciones y la legislación vigente con el paso de los años, en gran medida como consecuencia del bloqueo político que fueron ejerciendo los grupos de poder y las clientelas de los mismos, fue llevando a un deterioro del sistema de protección social que se acentuó fuertemente en los últimos veinte años, entre otras cosas a partir de gobiernos que intentaron implementar los postulados de las doctrinas neoliberales en boga. Sin embargo, el proyecto neoliberal no alcanzó en Uruguay los extremos de otros países de la región, en gran medida gracias a la movilización ciudadana y los mecanismos de consulta popular existentes<sup>9</sup>.

### IV.3. Recapitulación

Como primer punto a destacar de este capítulo, de cara al resto de este trabajo, es que efectivamente se puede hablar de regímenes de bienestar en América Latina. Con sus particularidades – como el fuerte peso de la informalidad –, pero también con sus

---

<sup>9</sup> Durante la década del noventa se sucedieron una serie de instancias de democracia directa que reforzaron el componente estatista de la estructura productiva y de la cultura política del país. Fundamentalmente vale la pena destacar la llamada “Ley de Empresas Públicas (16.211) que intentó remodelar la estructura del Estado a partir de principios liberales propuesta por el gobierno de Luis Alberto Lacalle (PN) en el año 1992. Sin embargo, un Referéndum en ese mismo año derogó cinco artículos que entre otras cosas autorizaban al Poder Ejecutivo a conceder permisos a privados para la explotación de servicios públicos nacionales, y que también posibilitaba a la empresa pública que tiene el monopolio de las telecomunicaciones (ANTEL) a asociarse con empresas privadas (Filgueira et al, 2004).



puntos de contacto con los esquemas desarrollados en otras partes del mundo, particularmente en los países del Cono Sur – con estructuras de corte corporativo – estos casos perfectamente pueden dialogar con la bibliografía especializada en reformas de las instituciones de provisión, regulación y financiamiento de bienestar.

En segundo término, del repaso de la construcción histórica de estos esquemas surgen una serie de cuestiones o rasgos que vale la pena destacar. Claramente, los Estados latinoamericanos han lidiado con diferentes estructuras de provisión de bienes y servicios que le disputaron muchas veces un espacio de relevancia, y sobre todo rectoría, de las diferentes arenas de política social. Esta situación, sumada a la debilidad intrínseca de las instituciones estatales para actuar con autonomía sobre diferentes intereses corporativos que capturaron estos espacios a lo largo de todo el siglo XX. En definitiva, la institucionalización dispar, basada en arreglos de corte corporativo, pero en un contexto de desarrollo económico signado por fuertes inequidades sociales y un mercado informal de empleo muy extendido, dificultaron la consolidación y eficiencia de estos esquemas.

En relación a los procesos de reestructura de los regímenes de bienestar europeos y del mundo anglosajón, las reformas en América Latina siguieron en buena medida los postulados difundidos por los diferentes organismos financieros internacionales – particularmente durante los años ochenta y noventa – que se orientaron claramente hacia la remercantilización de los servicios públicos sociales. Pero también en este caso, la profundidad de estas iniciativas estuvo mediada por los marcos institucionales existentes. Por lo tanto, en la mayoría de los casos estas reformas no lograron romper con los patrones históricos.

Finalmente, en relación a la construcción del “Estado social” en Uruguay como forma de aportar a la comprensión de la conformación y evolución del sistema de salud durante el siglo XX, los principales puntos a tener en cuenta son: por un lado, la incidencia fundamental de los partidos políticos en la configuración de las diferentes instituciones estatales y sus mecanismos de gobierno. En este sentido, el marco político e institucional del área social uruguaya se puede caracterizar por la existencia de múltiples puntos de veto, reforzados por mecanismos de decisión basados en la negociación y la coparticipación de los diferentes actores involucrados. Por otro lado, en relación al rol del Estado en la provisión de servicios públicos sociales, el mismo asumió la provisión de aquellas prestaciones básicas, como la educación primaria o diferentes esquemas de seguridad social, con un carácter corporativo pero de amplia cobertura, que tendió en la mayoría de los casos a la universalidad de la cobertura. No obstante, los vaivenes en las condiciones y niveles de empleo condicionaron fuertemente este factor.

## **CAPÍTULO V. El rol del Estado como proveedor de servicios públicos: modelos e instrumentos de gestión pública**

### **V.1. Introducción**

Buena parte de los debates políticos y publicaciones académicas de la segunda mitad del siglo XX y primera década del siglo XXI, tanto en América Latina como en el resto de regiones, han girado en torno al rol que deben jugar las instituciones estatales en las diferentes arenas de política pública en las distintas sociedades. Particularmente en América Latina, el marco de este proceso desde inicios de la década del noventa del siglo pasado ha sido el denominado “Reforma del Estado”, término que engloba tanto cuestiones asociadas a la presencia del Estado en diferentes actividades de la economía y el bienestar social como la producción de bienes y servicios o la promoción de ciertos sectores productivos del ámbito privado; como la necesidad de implementar reformas en la estructura organizativa y en la gestión de los recursos humanos que integran las instituciones estatales. De cualquier manera, independientemente del punto tratado de este amplio espectro, todos ellos poseen un carácter eminentemente político, y por lo tanto, sujeto a fuertes luchas de poder e ideología entre diversos actores interesados.

97

---

A lo largo de este capítulo se presentarán, por un lado, ciertas características básicas de los Estados contemporáneos y la estructura administrativa tradicional de los Estados modernos, bien conocida por todos como burocracia weberiana, así como también la crisis de esta forma de organización de las estructuras y los recursos públicos. Posteriormente, se pasará a describir y problematizar algunas de las principales dimensiones de reforma que se han promovido desde la década del ochenta del siglo pasado, fundamentalmente desde dos modelos de gestión pública, que pueden ser considerados como ideales-tipo: la Nueva Gestión Pública o New Public Management por un lado, y el denominado Neoweberianismo por otro. Finalmente, bajando algún escalón en el nivel de abstracción, se analizarán una serie de instrumentos de gestión particularmente importantes en el área sanitaria, a la luz de los modelos presentados anteriormente, como forma de adelantar para el capítulo siguiente, algunas de las posibles opciones de reforma y organización de los sistemas de salud contemporáneos.

### **V.2. El Estado como actor autónomo**

El Estado ha sido objeto de múltiples conceptualizaciones, siendo la ya clásica definición de Max Weber una de las más aceptadas: el Estado moderno sería aquella

comunidad humana que reclama exitosamente para sí el monopolio de la posibilidad de ejercer la coerción física legítima en un territorio determinado (Weber, 1944). Sin embargo, la entidad “Estado” no ha logrado generar acuerdos en torno a si es un sujeto, algo tangible, o directamente no existe tal fenómeno más que en el plano de las ideas. Dos de las aproximaciones más importantes al concepto de Estado para la Ciencia Política han sido los análisis marxistas y las denominadas “teorías Estadocéntricas”.

Iniciada la década del sesenta, en pleno auge del Estado Keynesiano de Bienestar, trabajos de algunos neomarxistas como Claus Offe (1988) comenzaron a advertir que las instituciones estatales tenían ciertos niveles de autonomía que les permitía entre otras cosas, tomar opciones políticas que bien podían estar en oposición a los intereses de la clase capitalista, pero que en definitiva estas medidas nunca pondrían en riesgo el sistema de acumulación existente en el mediano y largo plazo.

Uno de los aportes más importantes en este sentido, fue el de sugerir la existencia de otro tipo de autonomía estatal. Dicha autonomía excedía los intereses particulares de una clase social o grupo económico concreto, ya que el Estado y sus diferentes componentes generaban intereses y objetivos específicos y diferentes. Así, los grupos que pertenecen a la estructura estatal conforman por sí mismas uno o varios grupos de poder. Dicho poder de los actores estatales radica según Michael Mann en la capacidad que tienen los mismos de movilizar los recursos económicos, ideológicos y militares de forma centralizada y a lo largo de todo el territorio estatal (Mann, 2006).

Si bien estos recursos se encuentran disponibles entre los diferentes grupos de la sociedad civil, la particularidad descrita conforma lo que Mann llama “Poder Infraestructural”, y que básicamente consiste en “...la capacidad del Estado para penetrar realmente la sociedad civil, y poner en ejecución logísticamente las decisiones políticas por todo el país.” (Mann, 2006). Dicho poder se encuentra fuertemente desarrollado en las democracias capitalistas contemporáneas, en detrimento del llamado “Poder Despótico” de las elites estatales, conformado por las acciones que las instituciones estatales pueden llevar adelante sin necesidad alguna de negociar su aplicación con organizaciones de la sociedad civil.

Los diferentes procesos de descentralización, tanto territorial como administrativa, el creciente peso de las estructuras de gobierno supranacional, y la importante fragmentación de los conocimientos asociados a los diferentes asuntos políticos determinan por ejemplo que el poder infraestructural sea cada vez más difícil de ejercer con éxito, sin tener que recurrir al poder despótico. Debido a estas complicaciones es que resulta muy importante incorporar junto a la noción de autonomía relativa, la idea de enraizamiento de la acción estatal presentado por Peter Evans (1996) y que será desarrollado un poco más a continuación. Por el momento, es necesario tener claro que es fundamental que el enraizamiento se produzca en un

marco de autonomía como el señalado anteriormente, como forma de evitar capturas privadas del sector público.

Esta revisión reviste especial relevancia ya que, por un lado, permite reforzar la noción de que las cuestiones relacionadas con cambios en materia de estructura estatal – ya sea en relación a una política pública concreta como la sanitaria, o respecto a cuestiones más generales como la gestión del sistema de recursos humanos – son en sí mismas objeto de disputas de poder entre diversos actores políticos, como se verá a continuación. Complementariamente, los actores estatales poseen intereses y racionalidades diferentes, y por lo tanto tienen capacidad, como se verá más adelante, de promover una agenda de acción con relativa autonomía respecto a gran parte de los grupos de poder de la sociedad civil. Como tercer punto, es preciso destacar la importancia que tiene para la comprensión de las estructuras de poder existentes, la configuración institucional que condiciona la acción de los diversos actores involucrados. Al mismo tiempo, también parece pertinente recordar que las distintas organizaciones estatales no conforman un actor racional unificado, y que por lo tanto dentro del aparato estatal se pueden perseguir una multiplicidad de objetivos e intereses que muchas veces pueden llegar incluso a contradecirse o a entrar en conflicto entre sí.

Definida la autonomía relativa del Estado y sus instituciones respecto a otros centros de poder de la sociedad y del mercado, resulta necesario indagar en cuáles son las capacidades de este actor para llevar delante de forma efectiva las acciones que permitirán alcanzar sus fines. *“La aplicación consistente de una política cualquiera (...) requiere la institucionalización de un complejo conjunto de mecanismos políticos; y (...) dicha institucionalización de ninguna manera puede darse por descontada.”* (Evans, 1996). En este caso, se entenderá por Capacidad Estatal: *“...la aptitud de las instancias gubernamentales de plasmar, a través de políticas públicas, los máximos niveles posibles de valor social.”* (Repetto, 2004).

Esta noción a su vez debe ser desagregada en dos tipos de capacidades: las administrativas y las políticas. Las primeras aluden a factores de corte organizativo y de gestión de los recursos humanos, que necesitan para su correcto funcionamiento una serie de requisitos como la coherencia interna y cierto nivel de enraizamiento de dicho aparato administrativo en la sociedad. En líneas generales uno de los rasgos distintivos de las acciones estatales es la dificultad que tienen para reaccionar ante las demandas y necesidades de la sociedad civil – e incluso el mercado – y esta falla estructural solamente podrá ser atenuada en la medida que las administraciones públicas logren trabajar en estrecho vínculo con los actores no estatales para ser más receptivos, e incluso anticiparse a ciertas demandas. La clave de que dicho enraizamiento no redunde en cooptación privada del aparato estatal es justamente la autonomía del Estado: *“En ausencia de un tipo de estructura administrativa coherente,*

*autoorientadora, weberiana, es casi seguro que el enraizamiento tendrá efectos nocivos.*” (Evans, 1996). Por otra parte las capacidades políticas tienen como centro a los actores políticos electos directamente por la ciudadanía, ya que consiste en la capacidad de estos para procesar correctamente las demandas de los diversos grupos de la población, para que las decisiones que se tomen sean efectivamente representativas de los intereses y valores de estos colectivos (Repetto, 2004)

A continuación, el apartado siguiente se centrará en el componente administrativo de la capacidad estatal, entre otras cosas debido a que justamente son los cambios vinculados a la gestión de la política sanitaria los procesos a los que esta investigación le pone foco. Esto implica conocer a uno de los principales componentes de esta dimensión – las burocracias públicas – así como también realizar un repaso de los sucesivos intentos de reformar las administraciones públicas durante las últimas décadas. Dicho repaso, tendrá como objetivo dejar planteadas una serie de dimensiones de análisis que contribuirán a enmarcar de mejor manera el proceso de reforma vivido en el sector sanitario uruguayo.

### **V.3. El “brazo ejecutor” del Estado: la Burocracia y sus intentos de reforma**

La Burocracia no es un fenómeno nuevo, sino que por el contrario, es una forma de organización que ha contribuido a la consolidación de los Estados-nación de mediados del siglo XIX, a la expansión de los Estados de Bienestar de mediados del siglo XX, y el crecimiento de muchas empresas privadas de alta complejidad y envergadura, entre otras. El término burocracia “...refers to the complex organizations assigned to perform specific tasks. Its historical roots and most common usage apply to public bureaucracies. Bureaucracy, however, is a generic term, and private companies typically have bureaucracies as well.” (Kettl, 2006). Dicho proceso de burocratización fue rápidamente tomado por diferentes ámbitos de la vida social debido a que ofrecía una respuesta bastante efectiva para lidiar con los crecientes problemas de complejidad y de escala que estaba teniendo tanto las nuevas funciones estatales – como recaudación de impuestos o el desarrollo de políticas sociales a escala nacional – como de la actividad empresarial privada (Argyriades, 2010). En este sentido, las burocracias públicas – porque como se verá es muy difícil hablar de una única burocracia – son el elemento clave para la consolidación del poder infraestructural de los Estados mencionado anteriormente.

Dicha forma de organización, que puede ser denominada como Administración Pública Tradicional (APT) tenía de acuerdo a una síntesis realizada por Pollitt (2009), los siguientes rasgos:

- ✱ Una clara división jerárquica de las distintas oficinas de la institución;

- ✖ Las funciones de cada una de estas unidades están claramente especificadas;
- ✖ Los funcionarios son contratados en base a contratos, aunque la naturaleza de los mismos no es la misma que la de los contratos gerenciales, tanto en términos de garantías para el funcionario como respecto a la duración de los mismos;
- ✖ Son elegidos en base a una serie de requisitos transparentes en relación a niveles de educación y/o experiencia.
- ✖ Como pago por su trabajo reciben un salario, vinculado a la posición en la jerarquía que ocupen;
- ✖ Dichos cargos son su única o principal ocupación;
- ✖ Existe una estructura de carrera y promoción basada en el mérito y la antigüedad de forma mixta, que es decidida en instancias públicas;
- ✖ Estos funcionarios no pueden apropiarse ni del cargo ni de los recursos asociados a su función;
- ✖ Por otra parte, está sujeto a un control y sistema disciplinario centralizado y unificado;
- ✖ Y por último, la organización entera se encuentra gobernada por reglas, que generalmente están sustentadas por leyes u otro tipo de marco normativo específico para el sector público.

Como elemento para complementar estas características, resulta necesario resaltar que otro de los rasgos distintivos es la existencia de una clara y rígida pirámide de autoridad que en su vértice presenta a los representantes de la ciudadanía electos democráticamente; y que existe una línea de mando vertical fuertemente protocolizada, que establece claramente quiénes son los responsables de tomar cada una de las decisiones, y a quienes les corresponde llevarlas a la práctica.

Esta forma de organización y gestión de las actividades públicas probaron ser muy eficientes a la hora de lidiar con cuestiones asociadas al tratamiento uniforme y homogéneo de las mismas (Argyriades, 2010). Por este motivo es que fue de gran ayuda a la hora de implementar grandes políticas de corte universal en el área social como la expansión de la educación o la creación de sistemas nacionales de salud. Sin embargo, el paso del tiempo y el aumento de la heterogeneidad de muchas de las situaciones sobre las que las burocracias actuaban, comenzaron a reflejar una serie de problemas que de ninguna manera podían ser achacadas únicamente a las burocracias públicas, sino que eran consecuencia del propio diseño general y fruto también de intentar resolver problemas asociados a la organización y acción de grandes grupos de personas. En el caso particular de las burocracias públicas, estos problemas tienen además un impacto directo en la calidad del funcionamiento del régimen democrático (Kettl, 2006).

Se podrían reseñar someramente dos tipos de problemas asociados a las burocracias: uno asociado al relacionamiento de las burocracias públicas con su entorno – fundamentalmente con la ciudadanía – y otro relacionado con dificultades en la gestión interna de este actor. En relación al primer tipo de problemas, las principales críticas vinieron por el lado de la poca receptividad de las burocracias a las necesidades reales de la población, y a la lentitud en la producción de las respuestas o soluciones. Esta crítica remite a un tema que fue mencionado anteriormente respecto al Estado en general, que es el de la autonomía.

Si bien formalmente las burocracias tienen el mandato legal de obedecer e implementar las decisiones que se toman en el ámbito de la democracia representativa – Parlamento, Ministerios, etc. – en los hechos las mismas son inevitablemente un grupo de poder en sí mismas, debido fundamentalmente a que poseen ciertos recursos de los que carecen el resto de actores del sistema, como por ejemplo el expertise relacionado con una política en concreto o la información necesaria para una correcta planificación. Estas críticas han sido provistas en buena medida por diferentes autores provenientes del Rational Choice, quienes le adjudican a los burócratas un comportamiento racional de maximización de rentas que conlleva *“...ineficiencia, crecimiento excesivo, captura, poca rendición de cuentas, y otros problemas similares que conspiran en contra del gobierno efectivo.”* (Moe, 1998).

En cuanto a los problemas internos a las burocracias, los altos directivos, como es lógico, no pueden controlar las acciones rutinarias de todos los trabajadores que están a su cargo. Esto determina que en muchas organizaciones gubernamentales como escuelas o departamentos de policía, los funcionarios de los primeros pisos de la pirámide administrativa – docentes u oficiales de policía – ejerzan el poder y la autoridad del Estado sin que nadie sepa claramente cómo lo lleva a cabo. Por lo tanto, la gestión de la burocracia implica en buena medida una fuerte dosis de delegación de poder a lo largo de toda la cadena jerárquica por un lado; y por otro la necesidad de asegurar la obediencia de quienes tienen la posibilidad de ejercer el poder discrecionalmente (Kettl, 2006).

Estos problemas mencionados refuerzan la necesidad de tratar a los procesos de reforma administrativa como temas políticos y no únicamente como cuestiones técnicas asociadas a la gestión. Toda reforma que pretenda impactar sobre las formas de organización de las instituciones estatales implicarán entre otras cosas un reordenamiento de las relaciones de poder existentes entre las diferentes agencias de gobierno, entre el elenco políticamente electo y los cargos administrativos del Estado, e incluso entre los diferentes grupos de funcionarios dentro de una misma organización (Bowornwathana & Poocharoen, 2010).

Este cambio cualitativo en la forma de entender las reformas de gestión pública comenzó a producirse a partir de la década del setenta del siglo pasado, coincidiendo

entre otras cosas con el inicio de la denominada crisis del Estado Keynesiano de Bienestar, al que la Administración Pública Tradicional (APT) había ayudado a consolidarse, como fue mencionado anteriormente. Dicho tipo histórico de Estado capitalista, surgido en la posguerra, tuvo como principales características una política económica orientada al aseguramiento de las condiciones del pleno empleo dentro de una economía relativamente cerrada; generalización de normas de consumo masivo a partir de las instituciones de bienestar; primacía de la escala nacional a la hora de la implementación de políticas; y una intensa intervención estatal como forma de solucionar las fallas del mercado (Jessop, 2008).

Los cambios históricos producidos en esa época, como el progresivo abandono de las pautas fordistas de producción y organización – tan relacionadas por cierto con el enfoque weberiano de Administración Pública –; la cada vez mayor apertura de los Estados nación a la competencia internacional a nivel comercial; los desafíos internos en materia de provisión de bienestar y asistencia social; o las tensiones que significaron para la estructura de poder centralizado del Estado los procesos de descentralización territorial por un lado, y el rol cada vez más influyente de instituciones supranacionales en la dirección política de los gobiernos: llevaron necesariamente a replantearse entre otras cosas la naturaleza del aparato administrativo del Estado. Porque si bien muchos trabajos relacionados con las reformas de gestión pública lo olvidan, a pesar de la autonomía de la burocracia reseñada, la Administración Pública es un medio de acción política, pero no un fin en sí mismo. Esto implica que a la hora de evaluar alternativas de reforma sea absolutamente imprescindible poner atención en los fines y funciones del Estado que se quiere cambiar.

En este sentido, el marco que se ha ido construyendo, y en el que se comenzaron a suceder diversos intentos de reformas administrativas, tanto a nivel del mundo desarrollado como en regiones como América Latina, podría caracterizarse como Régimen Competitivo Schumpeteriano. *“A medida que las distintas fuerzas económicas, políticas y sociales han ido reaccionando a estas tendencias de crisis, se ha hecho posible discernir el comienzo de la cristalización de una forma distintiva de Estado destinada a promover las condiciones económicas y extraeconómicas consideradas necesarias para el nuevo régimen de acumulación capitalista. Este nuevo tipo de Estado puede ser eficazmente descrito como un Estado Competitivo Schumpeteriano.”* (Jessop, 2008).

A diferencia del Estado Keynesiano de Bienestar, las características del nuevo Estado son las de orientar su política económica para la promoción de la innovación y la competitividad en los diferentes mercados internacionales; la subordinación de la política social a las demandas de la política económica; la relativización de las escalas de acción de los poderes estatales a partir de traspasos hacia niveles más locales de



gobierno; el incremento de las soluciones a las fallas de mercado a partir de la colaboración entre el sector público y organizaciones provenientes de la sociedad civil, por ejemplo bajo la forma de organizaciones públicas no estatales (Jessop, 2006).

Claramente este tipo de funciones plantea importantes contradicciones con el estilo de funcionamiento de las burocracias tradicionales, y a priori, puso en entredicho su viabilidad debido a que el discurso que se constituyó como hegemónico a partir del último cuarto del siglo XX fue el de la doctrina neoliberal, que entre otras cosas adjudicaba casi exclusivamente al excesivo rol y tamaño del Estado los problemas y situaciones de crisis existentes por ese entonces. Sin embargo no todos los países aplicaron la misma opción de reforma, debido entre otras cosas a factores que fueron presentados en el capítulo anterior en relación a los diferentes conceptos que ayudan a entender los bloqueos institucionales al cambio que se generan en cualquier institución, como el efecto *Lock in* o la idea de *path dependence*.

A partir de este diagnóstico relacionado con los problemas de la APT, se sucedieron una serie de alternativas que serán denominadas “Posburocráticas” entre las cuales la Nueva Gestión Pública es sin lugar a dudas el modelo que logró posicionarse al menos retóricamente como la alternativa más fuerte. Dichos modelos, así como las condiciones que facilitan o no estas reformas, serán presentados a continuación.

#### **V.4. Modelos Posburocráticos de Gestión Pública**

Las organizaciones de carácter posburocrático son aquellas que han tenido como principal objetivo reemplazar a las estructuras burocráticas tradicionales, ya que en teoría las mismas serán más rápidas, eficientes, flexibles y tendrán un mayor compromiso con “el exterior de la organización”. Las siguientes son las innovaciones que de acuerdo a Pollitt (2009) implican estas reformas:

- ✗ Las jerarquías se ven reducidas, y en cambio la prioridad es enfatizar las conexiones horizontales entre instituciones;
- ✗ Cada vez mayores partes de la actividad rutinaria de una organización dejan de ser conducidas por oficinas específicas dentro de la estructura, sino que por el contrario las mismas son llevadas adelante por agencias o grupos de personas temporales, que muchas veces se encuentran subcontratadas o directamente tercerizadas;
- ✗ Los funcionarios mantienen una relación contractual, pero dichos contratos comienzan a tener una naturaleza mucho más variada: la mayoría son anuales y se encuentran condicionados al cumplimiento de una serie de metas de gestión;
- ✗ También siguen primando criterios de transparencia en la contratación, pero el tipo de perfiles es cada vez más heterogéneo debido a la diversidad de los

nuevos roles que debe llevar adelante el Estado. Esto atenta directamente contra el sentido de uniformidad y “de cuerpo” existente en la APT;

- ✖ Los salarios también son flexibilizados y por lo tanto pierden uniformidad, ya que por ejemplo las retribuciones de los gerentes intentan ser competitivos respecto a lo que se percibe en el mercado, al tiempo que también se introducen una serie de mecanismos de competencia en estos cargos ya que el salario está determinado a los resultados de su oficina;
- ✖ Se incrementa en buena medida la cantidad de puestos de trabajo temporales, por lo que la función pública deja de ser el principal o el único trabajo de muchas de las personas relacionadas con el Estado;
- ✖ Si bien continúa existiendo una estructura de carrera observable, la misma se torna más abierta ya que deja de circunscribirse a una única oficina o a un único Ministerio; por el contrario, las nuevas trayectorias laborales se caracterizan por saltos de una organización a otra – incluso desde el sector público al privado y viceversa – lo que incide notoriamente en lo referido a la lealtad y el compromiso de la persona hacia la organización, así como también sobre las memorias institucionales de cada oficina individualmente considerada;
- ✖ Si bien se mantiene la imposibilidad de apropiarse del cargo, el hecho de que existan tan altos niveles de subcontratación, saltos de una institución a la otra, y una participación creciente de organizaciones no estatales en la provisión de bienes y servicios; determina que en muchos casos se presenten grandes posibilidades de situaciones donde muchos intereses entren en conflicto;
- ✖ Mientras por un lado los funcionarios mantienen la sujeción a fuertes medidas de control y disciplina, la estructura que viene siendo descrita determina que grandes porciones del personal queden por fuera de estos controles;
- ✖ Por último, la organización en su conjunto se mantiene gobernada por leyes y reglamentos, pero retóricamente existe un cambio en las prioridades: ahora ya no es el seguimiento estricto de los procedimientos, sino que la capacidad de iniciativa es el valor más importante. Además, las reglas que pasan a ordenar la actividad tienen menor peso que las leyes o decretos – generalmente aparecen por ejemplo un sinnúmero de guías de buenas prácticas – que son mucho más fáciles de cambiar, y por lo tanto dificultan la capacidad de la organización de internalizarlas adecuadamente.

Es importante aclarar que no necesariamente todos estos rasgos deben ser encontrados simultáneamente en un mismo caso, y que tampoco los mismos aparecen de forma “pura” dentro de las diferentes administraciones públicas.

Las propuestas de reforma administrativa en las últimas décadas, y sobre todo en relación a las reformas gerenciales, han seguido claramente un proceso de *policy diffusion* (Gilardi, 2010; Weyland, 2006) liderado principalmente por los Organismos

Financieros Internacionales como el Banco Mundial o regionales como el Public Management Committee (PUMA) de la OCDE; incluso a partir del condicionamiento de la entrega de préstamos internacionales a la aplicación o no de ciertas iniciativas reformistas. De cualquier manera, este tipo de presiones, así como la aparición de cuestiones más coyunturales como una crisis económica o el fuerte descontento ciudadano con la actuación estatal; pueden explicar la incorporación del tema en la agenda e incluso la consolidación de una alternativa concreta como la comentada, pero que la misma logre efectivamente pasar a nivel de implementación implica necesariamente considerar otra serie de factores de carácter netamente institucional.

En este sentido, a partir de este estudio de Pollitt & Bouckaert (2011) se puede decir que las reformas en los Estados federales como Estados Unidos por ejemplo, suelen tener un alcance mucho más modesto que en otros contextos, y por lo general no logran aplicarse homogéneamente en todo el territorio, justamente como consecuencia de la dispersión de poder en los diferentes territorios que determinan mayores posibilidades de vetos directo, o de adaptaciones locales a los cambios aprobados centralmente. Como contrapartida, esta heterogeneidad muchas veces es tomada como una ventaja ya que cada zona es considerada como una especie de “laboratorio natural” que permite que se produzcan experiencias locales que luego de probarse como exitosas son difundidas al resto de regiones.

Esto ha ocurrido por ejemplo en algunas reformas administrativas en Alemania de acuerdo a estos autores, y también pueden observarse acciones similares en el área sanitaria española, donde la descentralización del Sistema Nacional de Salud terminó promoviendo entre otras cosas prácticas de este estilo. Por otra parte, en los países con Estado unitario generalmente ocurre que dichas administraciones centrales tienen a su cargo la provisión directa de servicios como la educación o la atención sanitaria, lo que en definitiva termina complejizando aún más el espectro de reforma, como ocurre por ejemplo con el caso de Uruguay que será profundizado en capítulos subsiguientes.

En cuanto a la capacidad del gobierno para impulsar este, o cualquier otro tipo de iniciativas, si bien resulta bastante obvio, es necesario decir que ante la existencia de gobiernos de coalición donde el poder se encuentra más disperso y fragmentado, será más difícil lograr implementar reformas administrativas, en la medida en que los socios minoritarios de la coalición seguramente carezcan de los incentivos suficientes para asumir los costos políticos, sobre todo en relación a los sectores perdedores con la reforma. Mientras tanto otra distinción aparece dada por la naturaleza de forma de toma de decisiones en el Poder Ejecutivo: mientras que gobiernos mayoritarios como el británico u otros países anglosajones como Nueva Zelanda pueden tener un ritmo e intensidad de reformas mucho más alto que el resto de países, aquellos sistemas de corte consensualista tenderán a que las iniciativas que logran ser aprobadas sean mucho más exitosas en términos de implementación, y por lo tanto sea más probable

que las mismas logren una mayor permanencia en el tiempo, debido que la coalición de apoyo construida excede la permanencia de un partido en el gobierno (Pollitt & Bouckaert, 2011).

En última instancia aparecen también otros tres factores a tener en cuenta: las relaciones entre políticos y funcionarios de carrera y la cultura política de gobierno existente. Por un lado, en la medida en que las carreras de los políticos electos por la ciudadanía se encuentren integradas a las carreras de los altos directivos públicos, y estos últimos cargos se encuentren en alguna medida politizados, serán mucho menores los problemas y bloqueos que surjan desde el elenco administrativo. En cuanto a la cultura de gobierno, si bien estos autores reconocen que hoy en día la gran mayoría de los sistemas presentan una mixtura de principios rectores, en líneas generales se puede decir que aquellos sistemas contruidos fundamentalmente sobre una cultura de *Rechtsstaat* como el sistema alemán, ofrecerá mayores resistencias al cambio, que en el mejor de los casos será gradual (Pollitt & Bouckaert, 2011; Ballart & Villamayor, 2009).

Respecto a este último punto, cabe destacar que debido a que gran parte de los ideales tipo presentados en este trabajo y en la literatura en general tienen como referente empírico a algún caso concreto, no es de extrañar que justamente países como Alemania sean los casos que mayor resistencia ofrecieron al gerencialismo, o adoptaron ciertos principios de forma lateral y gradual; cuando justamente estos mismos casos son los señalados como aquellos casos más estáticos en relación a las reformas de los regímenes de bienestar, como se ilustró en el capítulo anterior. Esto determina la importancia de intentar comprender estos procesos de cambio administrativo, ya que muchos de ellos son fundamentales para poder entender los diferentes cambios y reformas planteadas y aplicadas en ámbitos menos exógenos al aparato estatal y de directa vinculación con la ciudadanía. Siguiendo esta misma línea, algunos autores reconocen una subcategoría de la cultura administrativa alemana que caracterizaría a los países mediterráneos que son denominados como “Estados Napoleónicos” (Ongaro, 2009).

Este cluster de países estaría conformado por España, Francia, Grecia, Italia y Portugal, cuyas principales características encuentran origen en una raíz común de influencia francesa, en algunos casos debido directamente al rol de la ocupación francesa durante la conformación del Estado moderno como en España o Italia; y en otros como consecuencia de la asimilación de valores y pautas organizativas relacionadas con la cercanía regional. Los rasgos compartidos en líneas generales por estos países (Ongaro, 2009) en materia de tradición administrativa consisten por ejemplo en la noción un Estado aislado de la sociedad, quien además posee una cultura fuertemente estatista. En estas administraciones la participación social en la elaboración de

políticas públicas es rechazada y vista incluso como una clara intromisión en el correcto funcionamiento del Estado.

Por otra parte, si bien comparten con los países de tradiciones del norte de Europa una confianza en la carrera administrativa y los aspectos asociados a ella; la práctica ofrece un escenario intercambio de roles entre políticos y burócratas bastante fluido en términos de carrera y cargos ocupados, al punto que en casi todos estos países los funcionarios que optan por iniciar una carrera política tienen reservado el cargo para volver a ejercer sus funciones. Esto no quita que estos cuerpos administrativos posean una fuerte cohesión interna – donde el caso paradigmático lo constituyen los *corps* franceses – que entre otras cosas conformen carreras separadas por completo de las desarrolladas en el sector privado. Finalmente, otro rasgo común a estos países es el papel central que juega la ley en la vida de la administración, incluso de forma mucho más fuerte que en los países con tradiciones más cercanas a la *Rechtsstaat*, lo que puede ayudar a explicar parte de las excesivas trabas al cambio que presentan estos casos, como se vio en el capítulo anterior en relación a sus políticas de bienestar. En este sentido, la ley es considerada como el principal instrumento de intervención del Estado, y los mecanismos principales de rendición de cuentas están claramente judicializados y se basan en controles ex ante a cargo de grandes cortes centrales (Ziller, 2003).

La distinción de la tradición administrativa de este conjunto de países se torna relevante en la medida que en relación a los esquemas de protección social y bienestar ya se encontraron similitudes con los países de renta media de América Latina; y por lo tanto el reconocimiento de estas características permitirá posteriormente analizar el caso uruguayo a la luz de estos modelos.

108

---

Dentro de estas reformas, parte de la literatura identifica tres modelos ideales denominados New Public Management o Nueva Gestión Pública (NGP), Neoweberianismo y New Public Governance (Pollitt & Bouckaert, 2011). Antes de entrar en la descripción de las principales características de cada uno de ellos, es necesario establecer de alguna manera un cierto vínculo entre estos modelos de gestión pública y el tipo de cambio institucional que trae aparejada su implementación. Si bien los tres buscan superar a la APT, claramente es la NGP la que prácticamente propone, en su estado más puro, una especie de refundación de la Administración Pública. Por lo tanto, las condiciones para su aplicación así como los rechazos desde el interior del aparato estatal serán mucho mayores. Por el contrario, la aplicación de reformas de corte neoweberiano impondrán fundamentalmente ajustes que en cierta medida no llevarán a una redefinición del modelo, por lo que dichos cambios serán graduales o de segundo orden en el esquema de Hall antes trabajado.

La adopción de reformas posburocráticas en los modelos de gestión pública existentes se han articulado generalmente en torno a cuatro grandes áreas o componentes: el financiero, vinculado fundamentalmente al presupuesto; el área de gestión de personal – sistema de carrera, remuneraciones, capacitación, etc. –; el diseño organizacional del aparato estatal, en relación a la especialización, descentralización o grados de coordinación entre las diferentes instituciones públicas; y la aplicación de sistemas de evaluación del desempeño (Pollitt & Bouckaert, 2011). En cierta forma, estos componentes ya han sido mencionados anteriormente, y permiten advertir de forma más directa y clara las diferencias y matices entre los grandes modelos alternativos que serán descritos a continuación.

Presentando de forma más profunda estas áreas de cambio, se puede decir que las **reformas presupuestarias** se han constituido en casi una constante de las reformas estatales en las últimas décadas. La continua presencia en la agenda de reformas se ha debido básicamente a dos grandes cuestiones: por un lado, a los diferentes procesos iniciados en la mayoría de los países desde finales de los años ochenta en relación a las restricciones al crecimiento del gasto público; y por otra parte, debido a la búsqueda de incrementar la eficiencia y la efectividad de dicho gasto. Estos cambios han estado íntimamente ligados a otros factores como la planificación y el control de desempeño, pero no todos los países han seguido los mismos estilos de reforma. Por el contrario, dentro de estas tendencias se pueden identificar tanto aquellas más centradas en el desempeño, como en aquellas preocupadas más directamente por la contención del gasto (Pollitt & Bouckaert, 2011).

109

---

De acuerdo a la información presentada por estos autores, los países orientados más claramente a posturas gerencialistas han tendido a desarrollar sistemas presupuestarios orientados al desempeño – Australia, Finlandia u Holanda –; al tiempo que las administraciones públicas más orientadas a una perspectiva neoweberiana como Alemania, Italia o Francia, han presentado menores cambios en esta dimensión.

Si se presta atención a las trayectorias relacionadas al personal de las Administraciones Públicas – **gestión de recursos humanos** – se puede advertir que las sucesivas crisis económicas y financieras han impactado directamente sobre los servicios civiles de las naciones desarrolladas, en relación a salarios y diversos derechos sociales como los niveles de las pensiones. Pero más allá de esta situación, desde hace ya varios años los discursos políticos en esta materia se han caracterizado por los llamados a alcanzar mayor flexibilidad y capacidad de respuesta a las demandas de la ciudadanía, más orientados al logro de metas, y mejor capacitación de los cuadros burocráticos (Pollitt & Bouckaert, 2011).

Este marco compartido también ha dado lugar, de acuerdo a algunos autores, a una serie de trayectorias comunes, entre las que se encuentran: una descentralización en la definición de las condiciones de trabajo; un cambio hacia formas contractuales de

contratación; delegación de atribuciones a cargos gerenciales y un acercamiento de los niveles salariales a los que se pagan en el sector privado, entre otros (Demmke, 2010). Sin embargo, esta supuesta convergencia de cambios no debe ser confundida con convergencia en los impactos y el éxito de estas reformas, debido a que el punto de partida para cada caso será muy diferente. En este sentido, nuevamente las diferencias giran en torno a los énfasis: si bien el conjunto de cambios reseñados tienen en su conjunto una clara orientación gerencialista, lo cierto es que aquellos países del centro y norte de Europa que han optado por atenuar el impacto de los mismos, han preferido mantener ciertas diferencias de status y derechos de los funcionarios públicos en relación a los derechos laborales del sector privado (Pollitt & Bouckaert, 2011).

En tercer lugar, se encuentran las reformas relacionadas con las **estructuras organizativas** de las administraciones públicas. Nuevamente, el escenario es complejo y multidimensional, por lo que resulta más claro observar estos cambios a la luz de algunos clivajes o preguntas que han orientado la definición de las diferentes estrategias. En este sentido, un primer punto a resolver es el grado de especialización de las instituciones: ¿deben dedicarse a una única función, o por el contrario, hacerse cargo de diversas actividades? En segundo lugar se encuentra la necesidad de determinar cuáles son los mecanismos que guiarán la coordinación entre las diferentes unidades públicas: ¿serán mecanismos jerárquicos, de mercado o se apelará a la solidaridad entre oficinas? Tercero, qué funciones y hasta qué punto deben ser descentralizadas o centralizadas, dependiendo el punto de partida<sup>10</sup>. Y finalmente, también está en juego la preferencia por el tamaño de estas organizaciones (Pollitt & Bouckaert, 2011).

110

Finalmente, como cuarta dimensión tenemos a las **evaluaciones o medidas de desempeño**, que sin lugar a dudas es el punto en el cual las diferentes corrientes posburocráticas más se parecen, y por lo tanto donde los matices casi no aparecen. Si bien los procesos de evaluación del desempeño se encuentran en la génesis de los planteos gerenciales, lo cierto es que también estos instrumentos de gestión han conformado uno de los principales puntos de renovación y modernización de las administraciones que siguen el modelo neoweberiano.

Otra vez, los casos que han vivido mayores movimientos en estos ámbitos fueron los que siguieron una trayectoria claramente orientada hacia el NPM. Países como Nueva Zelanda o el Reino Unido procesaron durante las décadas del ochenta y comienzos de

---

<sup>10</sup> Las políticas de descentralización tampoco son sencillas, ya que estas prácticas pueden ser para alcanzar una descentralización de la autoridad de naturaleza política – a representantes electos – o administrativa – a una agencia por ejemplo –; también puede ser realizada a partir de procedimientos competitivos o no competitivos; pero también la descentralización podría darse al interior de la Administración, o por el contrario, al exterior, en carácter de “devolución” al mercado (Pollitt & Bouckaert, 2011).

los años noventa una serie de reestructuras que tendieron a construir organizaciones mucho más pequeñas, especializadas, preferentemente orientadas a la coordinación vía mercado a través del establecimiento de relaciones vía contratos, y disminuyendo drásticamente el tamaño de las grandes estructuras burocráticas tradicionales con la creación de pequeñas agencias. Sin embargo, como se observará a continuación, la primera década del siglo XXI trajo aparejado nuevas transformaciones organizativas, y muchas de ellas tuvieron el objetivo de reconstruir o reintegrar parte de lo descentralizado y fragmentado en los años anteriores, a partir de nociones como *Joined-up government*.

A diferencia de los países anglosajones, la trayectoria observada de forma general por los países nórdicos y los de Europa central, da cuenta de mayor recelo a la hora de fragmentar el entramado institucional y alejar a ciertas actividades del control directo de los políticos democráticamente electos. En relación a la descentralización, si bien la tendencia ha sido la de preferir mecanismos de descentralización política y a partir de mecanismos no competitivos, lo cierto es que el menor movimiento en este sentido se explica también por el hecho de que países como Suecia o Alemania partieron de escenarios de fuerte descentralización territorial (Pollitt & Bouckaert, 2011).

El siguiente Cuadro ilustra estas dimensiones de reforma, y cuáles han sido las preferencias según el modelo de cambio elegido. Esta síntesis ayuda a sintetizar en una primera aproximación, las principales diferencias entre la NGP o NPM y el Neoweberianismo, que serán desarrolladas de forma más detenida en las secciones siguientes.



**Cuadro 4. Dimensiones de reforma administrativa y modelos de cambio**

Dimensión de reforma	Orientación del cambio	Nueva Gestión Pública	Neoweberianismo
Gestión Financiera	Incremento de la eficiencia	Fuerte apuesta a cambios orientados a la eficiencia y los resultados	Menor utilización de estos mecanismos, centrados en la modernización de los sistemas de control
	Contención del gasto		
Gestión de Recursos Humanos	Mayor poder y autonomía a los gerentes	Adopción general y profunda de todos estos cambios	Implementación de estos cambios atenuada por el mantenimiento de ciertas diferencias de estatus entre trabajadores públicos y privados
	Formas contractuales de contratación		
	Equiparación salarial y de condiciones de trabajo con el sector privado		
Reestructura organizativa	Especialización	Proliferación de agencias especializadas en una única actividad	Convivencia de estructuras con múltiples funciones y algunas agencias
	Coordinación	Principalmente vía mecanismos de mercado	Sigue primando la coordinación de tipo jerárquica
	Centralización / Descentralización	Descentralización administrativa sobre todo, y mediante mecanismos competitivos	Descentralización política sobre todo, y mediante mecanismos no competitivos
	Escala	Especial preferencia por organizaciones pequeñas	No aparece una preferencia tan clara
Evaluación de desempeño		La creación de sistemas de evaluación por desempeño es un elemento clave de ambos modelos	

Fuente: elaboración propia en base a Pollitt & Bouckaert (2011)

#### V.4.1. Nueva Gestión Pública

La Nueva Gestión Pública ha sido sin lugar a dudas la corriente de reforma administrativa hegemónica durante al menos las últimas tres décadas y además, como se intentará presentar aquí, es el modelo que presenta mayores afinidades de principios con los principales postulados de las reformas neoliberales en ámbitos como el de las políticas sociales. Uno de los problemas de este concepto, pero al mismo tiempo uno de los factores de su éxito retórico, es el de su polisemia. De hecho,

algunos autores han planteado dudas acerca de su tratamiento como una única corriente de reforma. Pero más allá de estas cuestiones técnicas, lo cierto es que las propuestas gerencialistas han logrado permear el debate en torno al cambio de las administraciones públicas en prácticamente todo el mundo, hasta el punto de convertirse en muchos casos en una cuestión de sentido común, ajeno a cualquier componente de conflicto, y mucho menos de carácter ideológico.

Sin embargo en sus inicios, esto no era así. La NGP ha sido objeto de un sinfín de artículos, libros y debates; y aunque actualmente hay cierta sensación de discusión superada – al punto que muchos textos hablan ya de reformas “pos-gerenciales” –, lo cierto es que algunas de las nuevas orientaciones como el *managing for outcomes*<sup>11</sup> no constituyen corrientes diferentes y superadoras del gerencialismo, sino que por el contrario conforman ajustes que no llegan a imprimir un cambio en sus postulados e impactos generales (Milanesi, 2010). En definitiva, las líneas siguientes tienen como objeto presentar las principales características de la NGP, sus problemas y/o críticas, para finalmente esbozar algunos de estos ajustes desarrollados en los últimos años.

El postulado general de la NGP es muy claro: para que las administraciones públicas tradicionales puedan dejar de preocuparse exclusivamente por sus problemas internos, y que la burocracia se oriente a satisfacer efectivamente las demandas de los ciudadanos, es necesario proveerlos de los incentivos para promover dicho cambio (Ballart, 2008a). Y estos incentivos vendrán dados por la introducción en el interior del sector público de mercados o cuasimercados que simulen las condiciones existentes en el sector privado. En caso de que este escenario no pueda ser construido, la opción lisa y llanamente pasaría por la transferencia al mercado de muchas de estas funciones (Kettl, 2006). Los primeros intentos reformistas en este sentido se comenzaron a observar desde finales de la década del setenta y comienzos de la década del ochenta del siglo pasado en países como el Reino Unido y su área de influencia, es decir: los países de la Commonwealth, fundamentalmente Nueva Zelanda.

El conjunto de características más salientes de este modelo son: un gran énfasis en el desempeño, especialmente a través de la fijación de metas y el control de resultados; preferencia por organizaciones más horizontales, más “livianas”, fuertemente

---

<sup>11</sup> A diferencia de la NGP “clásica” que se orienta fundamentalmente hacia lo que hacen (outputs) dejando de lado lo que consiguen en términos de efectos sobre los problemas sociales (outcomes). Así, algunos gobiernos comenzaron a implementar prácticas en los sistemas de gestión y presupuestación que intentaron prestar mayor atención en la consecución de objetivos socialmente valiosos y no únicamente a cuestiones de eficiencia o economía. Los aspectos que dificultan la aplicación de este enfoque son entre otros: la dificultad de determinar la correlación entre outputs y outcomes, y el reconocimiento de que este proceso es mucho más complejo que una introducción de instrumentos técnicos, porque involucra cambios fundamentales en la forma en que la organización es gestionada, que implica entre otras cosas cambios culturales (Milanesi, 2011).

especializadas y desagregadas entre sí – agencias –, en oposición a esas grandes construcciones multifuncionales del pasado; la sustitución de las relaciones jerárquicas tradicionales por los contratos como principal mecanismo de coordinación, tanto en la relación funcional de los recursos humanos como para regir el vínculo entre las agencias y los ministerios sectoriales; introducción a lo largo de prácticamente todas las funciones estatales de mecanismos competitivos de mercado; y finalmente se promovió un cambio en la conceptualización de los usuarios de los servicios, quienes pasan a ser clientes (Pollitt, 2009; Ballart, 2008a; Peters, 2002).

La implementación más concreta de estos principios consistiría por ejemplo en la separación entre las instancias de diseño e implementación de las políticas. Este ejercicio se inscribiría en un proceso de delimitación de las funciones esenciales que un Estado debería tener – en este caso las correspondientes al diseño, y posteriormente seguimiento y evaluación de la implementación – para así poder desprenderse vía tercerizaciones o directamente privatizaciones, de las tareas de provisión directa de bienes y servicios. Otra opción podía llegar a ser la apertura a la competencia de las instituciones públicas de provisión, a partir de la generación de cuasi mercados (Peters, 2002; Sojo, 2000).

Por otra parte, se tornaba necesario cambiar la fisonomía de la Administración Pública, sobre todo a partir de la creación de un importante número de agencias autónomas del centro de poder ministerial, dirigidas por un gerente contratado en base al cumplimiento de metas de gestión, para lo cual, como contrapartida, debía otorgársele libertad de gestión de sus recursos humanos y financieros, para así poder evaluarlo al final del período estipulado en el contrato. Si bien la existencia de agencias no es patrimonio exclusivo de los países que han vivido reformas de corte gerencial – basta el ejemplo de Suecia que presenta un Estado con un número importante de agencias desde comienzos del Siglo XX – en países como Reino Unido se registró un aumento importante de ellas a partir de los años ochenta, llegando a emplear más del 75% de los funcionarios de servicio civil, o Nueva Zelanda, donde el 80% del empleo público se encuentra dentro de las Crown Entities (Pollitt et al, 2005).

Brevemente, estas nuevas agencias se caracterizaron fundamentalmente por tener como funciones la regulación de actividades de terceros actores, el asesoramiento político, la prestación de servicios públicos, la recolección de impuestos, asistencia técnica y la investigación. El elemento común que reconoce la literatura a la hora de analizar esta diversidad de configuraciones es el hecho de que una agencia tipo tiene por lo general un único propósito, y posee una independencia operativa substantiva, incluso en aquellos casos en los que se encuentra dentro de otra organización (Schick, 2002). La creación de estas nuevas organizaciones pretendía aportar mayor flexibilidad para adaptarse a los entornos cada vez más cambiantes de actuación pública, además

de promover cierto acercamiento de la gestión rutinaria a la ciudadanía, eliminando gran parte de la intermediación burocrática.

Uno de los impactos posibles de este proceso consiste en cierto desafío o fragmentación a la idea de una racionalidad homogénea dentro del Estado, ya que a pesar de que las agencias actúan en nombre del Estado, su actuación se basa en la búsqueda de sus propios beneficios y necesidades, dificultando así la coordinación y colaboración entre oficinas estatales. Este problema es denominado dentro de la teoría económica como “riesgo moral”. Por otra parte, estos trabajos también hacen referencia al problema de la selección adversa, que se relaciona con las capacidades de estas agencias para llevar adelante los requerimientos de los principales. Muchas veces estas capacidades no se encuentran presentes, pero el agente omite brindar esa información al principal porque su supervivencia está en juego (Worsham & Gatrell, 2005). Además de esta preocupación, existen también otras posibles consecuencias negativas a la fragmentación institucional del Estado, entre las que se encuentran: la pérdida de control de las actividades de la agencia; la eliminación de mecanismos de rendición de cuenta política; la evasión de reglas generales de presupuestación y contratación de personal; la exposición del gobierno a riesgos de corte financiero y de empleo; y la posibilidad de que se produzcan situaciones de patronazgo político y/o corrupción (Laking, 2005).

Esta descripción ofrece gran utilidad porque sintetiza los módulos centrales del modelo, dejando por fuera otras características que en otras presentaciones aparecen ligadas al gerencialismo, pero que en realidad simplemente aparecieron coyunturalmente en momentos muy similares. Un claro ejemplo de esto lo conforman las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Los procesos de modernización tecnológica como la informatización de los procesos administrativos, no implican en sí mismos cambios a nivel de paradigma, aunque claramente estos cambios impactarán en el mediano y largo plazo en cuestiones como la cultura organizacional existente, y también en la distribución de ciertas cuotas de poder al interior de una organización.

Sin embargo, aclarados estos puntos es necesario realizar una nueva precisión. La construcción teórica de la NGP se nutre de diversas corrientes, que en muchos casos presentan contradicciones entre sí. La opción de apoyarse más en una u otra determina la conformación de reformas diferentes en cuanto a ciertos acentos. Básicamente se puede decir que las dos corrientes teóricas que nutren a la NGP son el New Managerialism y la Public Choice. Los elementos centrales del primer enfoque son: la descentralización del poder, materializada en la capacidad de los gerentes para tomar iniciativas en la gestión; la desregulación administrativa para poder contribuir a la flexibilidad que necesitan los gerentes; y la delegación a través de fórmulas contractuales para que las organizaciones puedan conseguir sus objetivos con absoluta

autonomía (Ramos, 2009). Por otra parte los principios fundamentales de la Public Choice son la centralización del poder político como forma de controlar a la burocracia; la coordinación de las decisiones presupuestales a través del fortalecimiento del poder de las autoridades financieras; y el control a partir de la politización de los cargos gerenciales y nombramientos, reduciendo así el número de la burocracia (Ibíd.).

Una de las principales críticas a la falta de coherencia entre estas dos corrientes teóricas es la realizada por Aucoin (1990, citada en Ramos, 2009). Según este autor, uno de los principales problemas radica en que ambas corrientes parten de diferentes diagnósticos referidos a los problemas de la APT: mientras para unos (*Public Choice*) es necesario disminuir el poder de la burocracia, por ejemplo a través de reforzar el poder de los representantes de la ciudadanía; para los otros (*Managerialism*) el nudo se encuentra en el exceso de normas y reglamentos que restringen la capacidad de acción del burócrata (Ramos, 2009). Otras contradicciones se encuentran en la posición que deben ocupar tanto políticos como burócratas en la relación con la ciudadanía: mientras que para la *Public Choice* son los representantes electos quienes deben transmitirle a la burocracia las necesidades de la población, para el *Managerialism* es fundamental que la burocracia trabaje estrechamente vinculada a la sociedad civil.

Debido a las complejidades de promover reformas administrativas de gran calado reseñadas anteriormente, la experiencia histórica muestra que con excepción de Nueva Zelanda, y hasta cierto punto Reino Unido, las reformas gerenciales en el resto de países fue en líneas generales menos radical, aunque por vía de la introducción de cambios graduales, los mismos fueron produciendo ciertos cambios en muchas de las lógicas de gestión tradicionales. En relación al éxito o fracaso de estas experiencias, en primer lugar no existen estudios demasiado concluyentes en relación a este punto, ya que abundan estudios de caso donde se muestran logros de este tipo de reformas, así como también grandes problemas que han traído consigo. Para revisar este punto, nuevamente se torna necesario considerar para qué fines se implementaron estos cambios. Porque si no se puede caer en el error de juzgar a esta o cualquier otra reforma como un fracaso, cuando en realidad se la está evaluando por cuestiones que las innovaciones implementadas nunca pretendieron resolver o modificar. En este sentido, las consecuencias esperables teóricamente de la aplicación de los cambios presentados deberían ser entre otras: un virtual abandono del sistema tradicional de carrera administrativa, una importante fragmentación y grado de autonomía de las instituciones públicas; un importante cambio cualitativo en las funciones estatales en detrimento de las funciones de provisión directa de bienes y servicios a favor de tareas de regulación y supervisión.

Ahora bien, estos cambios claramente no son neutros ni para las funciones que ha desarrollado el Estado por lo menos en el último medio siglo, ni para el funcionamiento de la democracia representativa tradicional, y fundamentalmente la relación entre gobernantes electos democráticamente y los nuevos gerentes contratados; mientras que tampoco han estado exentos de críticas. En este sentido, es que cabe realizar la primera crítica, no tanto a los cambios promovidos por la NGP, sino en todo caso a aquellos gobiernos que han asumido estos cambios como una cuestión neutra. El hecho de que los instrumentos gerenciales traigan consigo de forma implícita valores ideológicos, termina impactando directamente sobre el tipo de Estado que se termina delineando, y por lo tanto “...el cómo (*forma de gestionar*) acaba definiendo el qué (*modelo de Estado*).” (Ramíó, 2001) sin haber pasado dicha decisión por ninguna instancia de debate público y político.

Continuando con las críticas, también se le han encontrado algunas inconsistencias o contradicciones con los valores y/o objetivos de aquellos regímenes de bienestar de corte universal, o incluso corporativo. Estos problemas parten por un lado, de la asociación realizada anteriormente entre NGP y postulados neoliberales, que tienen como correlato en el campo del área social la delegación de la prestación de servicios a organizaciones de carácter privado, lo que podría llegar a reforzar una serie de asimetrías y desigualdades ya existentes a nivel social, ya que el ánimo de lucro de estos prestadores será priorizado ante otros principios como el acceso equitativo para toda la población (Ramíó, 2001). En la medida que el lucro se obtiene entre otras cosas a partir de una oferta diferenciada y diversificada de servicios, esto impactará negativamente sobre la noción de ciudadanía, que de por sí asume cierto grado de homogeneidad en cuanto a derechos, y fragmentando por lo tanto las coaliciones de apoyo a este tipo de políticas, como ya se observó en el capítulo anterior.

Justamente el pasaje de ciudadanos a clientes que apoya este modelo de reforma constituye un retroceso político ya que los derechos del ciudadano son muchos más amplios (Fuentes, Güemes e Isaza, 2009), al tiempo que implican de alguna manera cierta “propiedad” de los servicios públicos que están recibiendo. “*Entre la administración pública y la ciudadanía no hay un contrato comercial sino un contrato social y político.*” (Ramíó, 2001). Otro impacto negativo de este tipo de reformas sobre la calidad del proceso democrático viene determinado por la proliferación de nuevas organizaciones que se comienzan a ubicar por fuera del control del Derecho Público, y por lo tanto, al margen de muchas instancias de rendición de cuentas y control por parte de los representantes electos que sí tienen todas las organizaciones de la Administración Pública clásica. Pero más allá de la pertenencia de una organización a un marco normativo específico, lo cierto es que el conjunto de cambios tendientes a dotar a los gerentes de mayores márgenes de autonomía de gestión impactará directamente sobre la conducción política del Estado y sus políticas públicas, ya que los políticos optan – no pierden – por deslindarse de dichas responsabilidades, como si

fueran accionistas de una empresa que esperan a que sus gerentes les presenten balances positivos al final de cada mes.

Esto nos lleva al último problema sustantivo de la NGP, y que es en definitiva un problema con uno de sus postulados básicos: el sector público no puede ser asimilado sin más al sector privado, por ejemplo debido a que el sector público no puede permitirse, por una cuestión de legitimidad fundamentalmente, darse el lujo de funcionar basado de forma exclusiva a partir de rendimientos eficientes desde el punto de vista económico y financiero. Por otra parte, en la gran mayoría de las actividades desarrolladas por organizaciones públicas, la complejidad de estos ámbitos de acción determinan que sea muy difícil poder asignar un único responsable a la hora de medir resultados de impacto (Fuentes, Güemes e Isaza, 2009; Brugué, 2006).

#### **V.4.2. Corrientes de reforma alternativas: Neoweberianismo y New Public Governance**

Dentro de las alternativas que están presentes a la Nueva Gestión Pública, se podría destacar dentro de la literatura especializada un modelo denominado Neoweberianismo (Lynn, 2008). De acuerdo a estos autores, las administraciones públicas que en mayor medida siguieron este camino de reforma o ajuste son las pertenecientes a los países continentales europeos, entre los que vale la pena mencionar a los países nórdicos, Alemania o Francia. A diferencia de algunos trabajos que consideran que estos países simplemente han sido más lentos y reticentes en la adopción de las reformas gerenciales, Pollitt y Bouckaert (2011) parten de la idea de que efectivamente en estos países se produjo un modelo diferente de reforma.

118

En la caracterización de este modelo, los autores le asignan ciertos elementos al componente “weberiano” del concepto, y otros al componente “neo”. Entre los primeros se encuentra una reafirmación del rol del Estado como principal proveedor de soluciones ante los nuevos desafíos que presenta la nueva coyuntura signada por los procesos de globalización, cambios tecnológicos, y demográficos entre otros; se reafirma además el papel fundamental de la democracia representativa como el elemento de legitimación de la actividad del aparato estatal; también se reafirma la necesidad de preservar los principios básicos de garantía existentes para el relacionamiento entre la ciudadanía y el Estado, a partir del derecho administrativo; y finalmente, el mantenimiento de la idea de que el sector público posee una serie de especificidades distintivas relacionadas con el estatus y la cultura de este sector (Pollitt & Bouckaert, 2011)<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Cabe precisar que también existen otros tipos similares, con básicamente las mismas características como las denominadas “corrientes neopúblicas” por Ramió (2001).

En cuanto a los componentes “neo”, que son además aquellos que llevaron a considerar al Neoweberianismo como un modelo posburocrático, se encuentra el cambio desde una orientación hacia el interior de las organizaciones a partir del seguimiento de reglas y procedimientos, hacia una nueva orientación hacia el exterior de la administración que tenga como objetivo la satisfacción de las demandas y necesidades de la ciudadanía. Esto se logrará a partir de una profesionalización de la cultura del servicio de calidad, y no, como en el caso de la NGP, a partir de la utilización de mecanismos de mercado. En segundo lugar, la democracia representativa será complementada por una serie de mecanismos de consulta directa y de representación de los ciudadanos a la hora de la toma de decisiones. En relación a los instrumentos de gestión, este modelo propone la necesidad de actualizar y modernizar las principales leyes existentes como forma de promover una mayor orientación al logro de resultados, y no meramente al cumplimiento de procedimientos. Por último, es necesario realizar una efectiva profesionalización del servicio público, logrando así que el burócrata no sea simplemente un experto en leyes, y pueda enfrentarse con mejores armas a la nueva coyuntura (Ibíd.).

Ante cuestionamientos de autores como Lynn (2008) en relación a cómo se explica la adopción de diferentes estrategias de reforma, la respuesta va en clara línea con muchos de los postulados que se están presentando en este trabajo: *“It would be that the NWS (...) represents a particular instance of path dependency. (...) it could be seen as a defensive strategy by previously corporatist regimes (Germany, France, the Netherlands, Sweden) to try to protect the “European social model” and the “European administrative space” from the degradations of globalized neo-liberalism.”* (Pollitt & Bouckaert, 2011).

Una dificultad en la promoción de este modelo de reforma y que lo diferencia claramente de la NGP radica en que, como se puede observar de la descripción de sus principales características, en buena medida se establecen valores o declaraciones de principios que en líneas generales no resultan atractivos para los gestores públicos y políticos encargados de diseñar y aprobar estas reformas. Como contrapartida, las medidas gerencialistas se han solido presentar en formato de recetas de éxito, como herramientas muy concretas que luego de aplicadas recién comenzarán a impregnar a la organización de sus valores asociados (Ramió, 2001).

En relación al New Public Governance, este tercer modelo de gestión se ha vuelto bastante popular en algunos ámbitos académicos, y se encuentra asociado fuertemente a las concepciones tradicionales de democracia deliberativa (Brugué, 2006). Si bien no existe un único concepto que reúna el consenso, básicamente se parte de la idea – al igual que algunas conceptualizaciones del término “gobernanza” – de que esta propuesta es superadora de la NGP. Este paradigma se encuentra estrechamente relacionado con la teoría de redes, y parte del reconocimiento de un



Estado nación que ha perdido el monopolio de muchas acciones, y que en un nuevo contexto de extrema complejidad y heterogeneidad, las acciones estatales deben estar diseñadas e implementadas a través de una negociación continua e interdependiente con diversos actores.

Sin embargo, a la hora de intentar identificar las principales características de este modelo, aparece la dificultad desde quienes incluso lo proponen como tendencia a tener en cuenta: “...NPG is an extremely broad and Abstract model. Although it specifies certain features (e.g. resource allocation is to be made through networks and relational contracts), it is largely descriptive and lacking any theoretical motor.” (Pollitt & Bouckaert, 2011). En este trabajo se parte del acuerdo con Fuentes, Güemes e Isaza (2009) quienes consideran que esta corriente habilita la posibilidad de incorporar dentro del debate sobre reformas administrativas una cuestión tan importante como es la democratización de la Administración Pública, no solo en el acercamiento de la ciudadanía a los procesos de gestión, sino en la introducción de prácticas democráticas al interior de las propias administraciones (Peters, 2006). Sin embargo la misma no llega a tener el nivel de desarrollo suficiente como para considerarla una “tercera vía” de reforma.

### **V.5. Servicios sanitarios como bienes públicos: razones para la intervención del Estado**

120

---

Los servicios sanitarios no son bienes que pueden ser comercializados a través de los mecanismos tradicionales de mercado sin demasiados inconvenientes. Independientemente de su peso económico, estos servicios poseen ciertas particulares en tanto bienes preferentes, es decir, bienes que ya sea el Estado o la sociedad en su conjunto deciden que deben ser otorgados independientemente de su poder de compra; y que por razones de equidad y de eficiencia no deberían ser provistos por el mercado de acuerdo a economistas como Nicholas Barr. Según este autor, los supuestos de competencia perfecta de la teoría económica clásica fallan en relación a cuestiones sanitarias mucho más gravemente que en cualquier otra área de política pública: en primer lugar, la información de los consumidores es extremadamente imperfecta, por lo que entre otras cosas no se pueden predecir los costes de la atención; y aunque el consumidor de sanidad tuviera la información, la misma es tan especializada que sería muy difícil interpretarla sin ser justamente un profesional del sector. Por otra parte, como nadie sabe en realidad cuánta “salud” necesitará adquirir, será imposible predecir racionalmente estos niveles. Finalmente, algunas acciones sanitarias poseen intrínsecamente grandes externalidades tanto positivas como negativas – un claro ejemplo puede ser el de las campañas de vacunación –, y los costes o beneficios de las mismas quedan por fuera de la regulación del mercado (Barr, 1987).

Por lo tanto la sanidad, al igual que otros servicios públicos en los que se lleva adelante alguna forma de aseguramiento, presenta los problemas de heterogeneidad del producto, de la información escasa y asimétrica entre oferente y demandante que debería existir en cualquier área que pretenda desarrollar un mercado competitivo, al tiempo que el consumidor en este caso no es en líneas generales el pagador de la totalidad del costo (Alonso, 1999; Garrido, 1999). Más allá de las configuraciones que adquieran finalmente la organización y prestación del servicio, regulación estatal de prestadores privados, provisión pública o mediante una combinación de distintas alternativas: parece claro que un mínimo de regulación estatal será imprescindible para garantizarle al conjunto de la ciudadanía unos niveles básicos de bienestar, además de la difusión de la información necesaria y relevante para que los ciudadanos tomen las decisiones que crean convenientes y de la forma más responsable posible.

Este hecho determina que con la única excepción de Estados Unidos – aunque esto parece estar cambiando con la aprobación de la reforma impulsada por el gobierno de Barak Obama – todos los países desarrollados mantengan, de una forma u otra, bajo el control gubernamental los aspectos más relevantes de dicho servicio. En este sentido, José Manuel Freire propone una especie de “Estándar Internacional de Servicios de Salud de los países avanzados” compuesto por: la cobertura universal de la población con un sistema de seguro público y/o obligatorio; la financiación pública de este seguro de acuerdo al nivel de renta; cobertura amplia de prestaciones y mecanismos de control de costes que aseguren la sostenibilidad financiera del sistema (Freire, 2003). Pero como sostiene el mismo autor y se intentará desarrollar más adelante, la existencia de acuerdos o elementos comunes entre sistemas no inhibe de ninguna manera la existencia de grandes diferencias a la hora de organizar y gestionar estos elementos comunes.

Además, la especialización tan grande de la actividad médica implica como ya fue mencionado, un poder enorme en manos de los médicos como portadores de ese saber especializado. Por este motivo, la relación con el paciente nunca va a ser simétrica en lo que a información se refiere. *“Ello convierte a los médicos en agentes hegemónicos en el proceso de producción de salud, y la asignación de recursos obedece sobre todo a las decisiones de la oferta”* (Alonso, 1999). Pero además el problema puede radicar en que estas posiciones son trasladadas muchas veces por los cuerpos médicos al ámbito más gerencial de los centros de asistencia, y es por este mismo motivo que aparece como conveniente o incluso necesaria la participación de actores estatales que si bien tampoco pueden igualarse en conocimiento, al menos poseen el poder de representación de los intereses del conjunto de la ciudadanía, evitando al menos en gran medida abusos de poder o manipulación en el tratamiento de la información (Garrido, 1999).

Un Estado democrático de derecho, como el formato que predomina en las sociedades occidentales actuales, no puede permitirse un sistema sanitario estrictamente privado simplemente por el hecho de que la propia dinámica del mercado tendría más incentivos para excluir que incorporar a determinadas personas ya sea como consecuencia de sus reducidos ingresos o por enfermedades cuyo tratamiento es demasiado costoso. Cuando la eficiencia económica prima sobre cualquier otro valor, la exclusión es generalmente una consecuencia común, como ocurre en el caso recién mencionado de los Estados Unidos, o en América Latina con países como Chile o Colombia (Fleury, 2001; Homedes & Ugalde, 2005).

Este punto referido al carácter público de los servicios sanitarios, y el consiguiente rol que debe jugar el Estado dentro del sistema, presenta un fuerte componente ideológico. Para las posiciones liberales, la atención de la salud es un asunto de caridad y no de justicia; la multiplicidad de planes de atención de acuerdo al precio que se pague representa la “justa adquisición” en materia de salud. Marx en cambio, partiendo de los socialistas utópicos propuso la idea de “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y dársele según sus necesidades”. Así, en los países del ex bloque socialista y en Cuba no se habla de “derecho a la salud” sino de “necesidades de salud” que son cubiertas por un sistema único de salud (Hernández Álvarez, 2005). Los socialdemócratas finalmente, intercedieron entre estos extremos y convirtieron a la asistencia sanitaria en un derecho exigible al Estado por el conjunto de la ciudadanía; lo que llevó a que se expandiera la cobertura, esencialmente a través de la seguridad social (como en el caso de Bismarck) o de un servicio único, apoyado en el sistema Beveridge<sup>13</sup>. De aquí surgen entonces dos cuestiones a tener en cuenta: existen alternativas de política en el contexto actual, y las opciones son construidas históricamente por las sociedades. Esto de ninguna manera inhibe la existencia de hegemonías o predominios de una opción sobre otra.

De acuerdo a Garrido, la solución a estos problemas de selección adversa y expulsión se encuentra en garantizar el acceso universal a los servicios sanitarios “...a través de un esquema de seguro automático y obligatorio.” (Garrido, 1999) Desde este punto de vista, no serán los prestadores privados pero sí el Estado, el actor con capacidad de por ejemplo incentivar o desmotivar el consumo de algunos productos o la realización de prácticas que pueden prevenir la aparición de los problemas sanitarios más importantes; al tiempo que también puede ser el único capaz de implementar medidas de contención del gasto lo suficientemente efectivas en caso de que se produjera un

---

<sup>13</sup> William Beveridge fue quien introdujo el concepto moderno de “Seguridad Social” en su reporte “Social Insurance and Allied Services” en el año 1942. En dicho documento, Beveridge identificó una serie de principios fundamentales que deberían tener los sistemas de seguridad social, dentro de los que se encontraban la unificación de la responsabilidad administrativa en manos del Estado, la amplitud de los beneficios prestados y la existencia de una contribución única (Mesa Lago, 2008).

sobreconsumo como consecuencia del bajo coste del servicio para los ciudadanos. Para la autora, estos factores estarían dando cuenta del componente redistributivo que acompañaría la intervención estatal, y que sería por demás deseable y esperable. Sin embargo, también aclara en su trabajo que *“...los fallos de mercado que caracterizan al sector sanitario podrían resolverse mediante algunos instrumentos de regulación y mediante cierto grado de participación pública en la financiación. En realidad, la cuestión del aseguramiento obligatorio (...) podría resolverse sin necesidad de que el Sector Público fuese el proveedor...”* (Garrido, 1999). Este punto el carácter eminentemente político de la acción de elegir cualquier sistema de involucramiento del Estado en materia de atención sanitaria.

Como se observará más adelante en el caso de las reformas de salud en América Latina, no han sido pocos los casos en los que dicho vínculo entre subsistemas públicos y privados se ha saldado mediante la configuración de “paquetes básicos” de servicios sanitarios que deben ser garantizados – y muchas veces provistos – por las instituciones públicas; dejando como competencia exclusiva de los prestadores privados, aquellas actividades que hayan quedado por fuera de dicho paquete. Sin embargo, el contenido de servicios del paquete básico ofrecidos por el Estado tendrá un impacto determinante en la equidad del sistema, debido a que el resto de servicios tendrán como factor excluyente la posesión o no de los medios económicos necesarios para adquirirlos. Generalmente, dicho paquete básico se centra en las cuestiones relacionadas con la atención primaria, las enfermedades más comunes y las actividades de prevención; dejando para los prestadores con fines de lucro aquellos cuidados que requieren alta inversión en tecnología, donde por lo tanto se encuentran las mayores posibilidades de lucro. Por otra parte, el impacto sobre la equidad en este punto también se pone de manifiesto sobre todo en aquellos casos de diferentes colectivos que gozan de convenios específicos como los empleados públicos o los militares, ya que de esa manera se están introduciendo factores que rompen con la solidaridad del sistema, ya que muchas veces estos grupos acceden a prestaciones con costes mucho más inferiores a los que se acceden normalmente para el resto de la ciudadanía, pero con recursos públicos.

## **V.6. Instrumentos de gestión y provisión de los servicios sanitarios**

La intención de esta sección es presentar y detallar una serie de instrumentos de gestión característicos de este último período de impulsos reformistas, pero centrándose particularmente en aquellos que han significado un mayor impacto a la hora de gestionar instituciones sanitarias y financiar y proveer dichos servicios. Si bien el sector sanitario presenta una serie de características que lo distinguen de otras arenas de política, lo cierto es que en materia de gestión este, al igual que otras áreas como la educativa, presentan en buena medida una serie de problemas y desafíos

comunes a los debates producidos en niveles de generalidad mayores, particularmente en los debates más amplios sobre reforma del Estado.

Además de la caracterización de cada instrumento de gestión, se intentará indagar en la asociación de los mismos con alguna de las corrientes de reforma administrativa presentadas anteriormente, para así aportar mayores elementos de análisis de cara al repaso de las diferentes reformas que se han producido en los sistemas de salud en los últimos años. Esta relación es considerada un aporte muy relevante de este trabajo, en la medida de que, en líneas generales, las dimensiones evaluadas por la literatura especializada en reformas de los sistemas de salud no profundiza demasiado sobre las innovaciones más corrientes en materia de gestión, ya que por ejemplo son mencionados aumentos en los copagos de medicamentos, pero no indagan en los impactos de dichos cambios institucionales sobre los fundamentos del sistema en su conjunto.

En cuanto al financiamiento de los sistemas de salud, parece claro que hoy en día la discusión no se encuentra en torno al eje público-privado, debido fundamentalmente al hecho de que estos sistemas se nutren de diversas fuentes de ingreso, como por ejemplo los impuestos, las contribuciones obligatorias a un seguro social, las contribuciones voluntarias a seguros de carácter privado o el pago directo del bolsillo por parte del usuario del servicio. Dentro de este escenario, los principales debates se centran fundamentalmente en la eficacia de la recaudación y la equidad de estos instrumentos. Así, los países con estructuras sólidas de financiamiento encontrarán más efectiva la recaudación de fuentes públicas, al tiempo que en términos de equidad, generalmente el sistema será más equitativo en la medida que logre separar el pago del seguro de la utilización de los servicios (Bérgolo et al, 2010). La combinación de estos dos criterios determina que la mejor opción en términos de eficacia y equidad parezca ser la recaudación a través del pago de impuestos generales por parte de la ciudadanía.

### **V.6.1. Copagos**

Independientemente del esquema elegido, un punto particularmente conflictivo en la gran mayoría de los sistemas de salud contemporáneos es el de la existencia y configuración de diferentes mecanismos de copago o tasas moderadoras. Por el contrario del criterio mencionado anteriormente, este instrumento de gestión busca vincular el pago por el servicio con el beneficio recibido por el usuario. La justificación de la introducción de los mismos radica en que muchas veces, cuando la provisión de servicios públicos se brinda de forma gratuita, se producen situaciones de sobreconsumo en relación a los beneficios sociales. Estos mecanismos de copago pretenden en definitiva: racionar el consumo de ciertos bienes y/o servicios públicos cuya oferta es escasa; brindan además información relacionada con las preferencias

individuales; y por último conforman también un recurso extra de financiamiento (López Casanovas et al, 2003).

Desde el lado de la teoría económica, las razones se encuentran en el denominado “riesgo moral”, que asume que ante el aseguramiento de un riesgo, los individuos asegurados tenderán a utilizar más el servicio que aquellos que no poseen el seguro. Este argumento parte de una perspectiva racionalista cuyo supuesto es que los consumidores son capaces de determinar el momento y el nivel de utilización del servicio, así como los beneficios que el mismo les reportará, para lo cual necesita tener toda la información disponible (Rice, 1998 citado por López Casanovas et al, 2003). El problema de este enfoque radica, como se verá con mayor detenimiento en el capítulo siguiente, que las cuestiones asociadas con la atención sanitaria distan mucho de parecerse a estos supuestos.

De cualquier manera, dentro de las principales ventajas de introducir este tipo de instrumentos se encuentra la posibilidad de internacionalización de costos y beneficios asociados a la decisión de consumir por ejemplo servicios de atención sanitaria, al tiempo que también favorece a los mecanismos de respuesta individuales asociadas a las preferencias de los usuarios (Ibíd.). Esto parece bastante consistente con los postulados sobre la necesidad de flexibilizar los servicios públicos y tornarlos más receptivos a las demandas de los ciudadanos/clientes de la NGP; al tiempo que en la misma línea se lograría también avanzar hacia un consumo más “racional” de los servicios públicos, ya que este instrumento desincentivaría la utilización del mismo.

El correlato de esta situación, que además constituye su principal crítica, es el impacto que puede tener sobre la equidad del sistema. Independientemente de las condiciones de aplicación de algún tipo de copago, parece claro que ellos romperán con la separación entre pago y consumo mencionada anteriormente. Sin embargo, las configuraciones específicas que adopte el instrumento, así como el área de política, pueden llegar en algunos casos a atenuar estos efectos, aunque aún resta por indagar por ejemplo en los costes asociados a estos ajustes en términos de información y costes administrativos. Por ejemplo, la combinación de una estructura impositiva regresiva o incluso proporcional, junto a servicios culturales o recreativos de carácter universal, puede determinar que la utilización de los mismos por parte de las clases más ricas sea subvencionada por las clases más pobres, debido a que las mismas no tienen las condiciones materiales para utilizar este servicio regularmente (López Casanovas et al, 2003). Un ejemplo muy mencionado en países como España o Uruguay lo constituye el de la educación universitaria.

En el caso de los servicios sanitarios, los copagos más utilizados refieren a la compra de medicamentos, o también a las estancias de internación hospitalaria. En cuanto al

primero de los casos, una forma de atenuar los efectos negativos sobre la equidad puede ser la de otorgar ciertos beneficios por la vía por ejemplo de exenciones a determinados colectivos específicos como por ejemplo los hipertensos o los diabéticos. Por el contrario, la utilización de criterios de ingreso implica toda una carga de estigmatización y una serie de costos administrativos y de control que pondrían severamente en entredicho la viabilidad del instrumento. Otro peligro asociado a estos mecanismos es, como se verá posteriormente en el caso del sistema de salud uruguayo de la década del noventa del siglo pasado, que los mismos se conviertan en una especie de “impuesto a los enfermos” que impacta directamente sobre las personas que más necesitan la utilización de los servicios médicos.

Durante el período de crisis y mayor cuestionamiento hacia los Regímenes de Bienestar – décadas del ochenta y noventa del siglo pasado – la gran mayoría de los sistemas de salud de la Unión Europea introdujeron o ampliaron los mecanismos de copago, fundamentalmente con el objetivo de contribuir a la contención de costes de estos sistemas. A continuación, el Cuadro 5 presenta una descripción de la configuración de estos instrumentos en algunos países de la UE.

**Cuadro 5. La participación de los usuarios en el coste de los sistemas sanitarios de algunos países de Europa Occidental**

País	Primer contacto con el sistema	Derivaciones (dentro del sistema)	Medicamentos
<b>Alemania</b>	Ninguno.	Copago plano hasta los 14 días de hospitalización anuales tras los que no aplica ninguna coparticipación más.	Copago variable. No se aplica la cobertura para aquellos medicamentos en listas negativas de financiación pública.
<b>España</b>	Ninguno.	Ninguno.	Tasas porcentuales de participación en el coste del medicamento. Lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
<b>Francia</b>	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste. Se permite una facturación extraordinaria para determinadas categorías de médicos.	Tasas porcentuales de participación “per diem”, junto a copagos para comidas. No hay pagos directos después de los 30 días.	Tasas porcentuales de participación. Existe una lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
<b>Holanda</b>	Ninguno para el seguro público, variable en seguro privado.	Ninguno para el seguro público, variable en seguro privado.	Sistema de precios de referencia, con exclusión de algunos medicamentos.
<b>Reino Unido</b>	Ninguno.	Ninguno, con excepción de las camas hospitalarias de reposo.	Copago pese a que el 83% de las prescripciones están exentas. Listas negativas de medicamentos por fuera de la cobertura NHS.
<b>Suecia</b>	Copago, con niveles máximos de participación del usuario en la factura de los servicios sanitarios, a excepción de los de internamiento.	Copago “per diem” para los servicios de internamiento. Copagos para aquellas derivaciones terapéuticas.	Copago para el primer producto farmacéutico prescrito, con copagos significativamente menores para sucesivas prescripciones.

Fuente: elaboración propia en base a López Casanovas et al, 2003.

### V.6.2. Vales, Bonos, Cheques

Otro instrumento de gestión característico de las reformas de carácter gerencialista es la introducción de vales, bonos o cheques-consumo. Este instrumento consiste básicamente en una “...participación total o parcial del Estado en el consumo privado de los ciudadanos de bienes o servicios que son producidos por empresas públicas y/o privadas.” (López Casanovas et al, 2003). Nuevamente, uno de los objetivos principales de la introducción de vales es la de promover la diversificación de la oferta de servicios, y acercar la oferta estatal a las preferencias reales de los ciudadanos. Una condición necesaria para la aplicación de este instrumento se basa en la introducción



previa de mecanismos de competencia entre prestadores, por ejemplo a través de cuasimercados. Esto se explica por el hecho de que los vales implican que el poder de elección y financiamiento se traspasa hacia la demanda, ya que el dinero sigue al usuario y por ende esto introduce un factor de incertidumbre para las instituciones proveedoras tanto públicas como privadas.

La mera adopción de una lógica similar a esta requiere de una serie de transformaciones institucionales no menores. Por ejemplo, la definición de cuáles son los servicios mínimos que los prestadores deben ofrecer, cuál es el coste de este “paquete mínimo”, para lo que será necesario también que se cree una institución encargada de fiscalizar a los proveedores en relación al cumplimiento de estos requisitos mínimos. Finalmente, como consecuencia de los problemas de asimetría de la información que serán presentados en el capítulo siguiente, el Estado deberá garantizar que los usuarios reciban la información necesaria para que los mismos sean capaces de tomar las decisiones relacionadas con su proveedor, evitando sesgos que benefician a los sectores de mayores ingresos. Es por esta razón que el acceso debe estar garantizado independientemente de cualquier contingencia relacionada por ejemplo con los ingresos, como principal mecanismo para evitar el descreme de la demanda del servicio (López Casanovas et al, 2003).

Esto implica la construcción de una relación de triple agencia. Los organismos compradores actúan como agentes de los consumidores para obtener las prestaciones de salud que estos necesitan. A su vez, el comprador actuando como principal hace uso de diferentes mecanismos para garantizar que los prestadores ofrecerán a la población servicios de calidad a un precio acordado. En una tercera relación, el comprador actúa como agente del Estado para alcanzar ciertos objetivos prioritarios para el conjunto del sistema (Bérgolo et al, 2010).

Como se discutirá en el capítulo siguiente en relación a los sistemas sanitarios latinoamericanos y las propuestas relacionadas con un Universalismo Básico en salud (Tobar, 2006) debido a que “...el valor del vale debe permitir el acceso a cualquier individuo, independientemente del nivel de su renta, a cualquier productor de servicios.” (López Casanovas et al, 2003) muchos sistemas de la región, promovidos entre otros actores por el Banco Mundial, construyeron esquemas duales caracterizados por un lado por la conformación de un paquete mínimo de servicios sanitarios de acceso universal, quedando librados al pago de acuerdo a lógicas mercantiles el resto de prestaciones.

Lo que se logra de esta manera es la exclusión de los sectores más pobres de este régimen de vales, tornándolo más atractivo para los prestadores privados, quienes pueden construir ofertas de servicios diferenciales de acuerdo al nivel de renta del

usuario. Esto se produce porque la contribución al seguro obligatorio opera como un vale que es utilizado para optar un prestador dentro del sistema. De hecho, este mismo estudio establece que la introducción de estas herramientas han dado cuenta de “...su tendencia natural a incrementar el margen existente entre los grupos de población rica y pobre.” (López Casanovas et al, 2003) en países como Chile o el Reino Unido.

### V.6.3. Incentivos o pagos por desempeño

Un tercer instrumento de gestión que aparecerá a la hora de analizar el caso de la reforma de la salud en Uruguay es el de los incentivos monetarios, que en dicho caso particular referirá a la relación entre instituciones: el Ministerio de Salud Pública como “principal” y los diferentes prestadores de servicios sanitarios como “agentes”. Si estos incentivos se introducen a nivel individual – el pago por desempeño por ejemplo – la consecuencia lógica es la ruptura de uno de los principios básicos de las carreras burocráticas de las APT de a igual tarea, igual remuneración. Aplicados a nivel institucional en cambio, este instrumento reforzará las condiciones de competencia y promoción de una gestión eficiente por parte de los distintos agentes (Ballart & Monterde, 2010). Pero estos incentivos plantean al menos tres problemas o riesgos que deberán ser tenidos en cuenta. Los dos primeros están directamente relacionados con el poder asociado al manejo de información, mientras que el tercer problema posee una naturaleza esencialmente política.

129

Por un lado, la delegación de tareas desde un principal hacia uno o varios agentes responde entre otras razones a que estos últimos poseen una especialización determinada para realizar dichas tareas. Esto pone en un pie de desigualdad la relación a favor del agente, por lo que el principal tendrá bastantes dificultades a la hora de estimar y fijar objetivos de gestión vinculados a la realidad y que al mismo tiempo traigan asociada una mejora en la gestión. Esto se podrá observar claramente cuando se describa el proceso de negociación de los primeros contratos de gestión entre prestadores y MSP en Uruguay. En segundo lugar aparece la cuestión ya mencionada anteriormente de las dificultades existentes a la hora de intentar medir rendimientos por parte de las instituciones reguladoras del Estado, fundamentalmente por dos razones: tanto por la dificultad de estas organizaciones de construir las capacidades necesarias para efectivamente realizar un buen seguimiento de los agentes; como por la complejidad que en líneas generales caracteriza los procesos de provisión de bienes y servicios públicos, como es el caso de la atención médica.

Aquí también, los agentes pueden rápidamente orientar la actividad del principal hacia sus intereses particulares. Como contrapartida, tampoco queda claro cómo resolver este problema en un contexto sin principal y agente, sino con una única organización que nuclea ambas funciones. En este caso se corre el riesgo de tornar a la evaluación

en un proceso endogámico y ritualista, perdiéndose así parte de los incentivos para alcanzar resultados de gestión positivos.

Como tercer problema aparece el hecho de que, partiendo de la base de que la gran mayoría de estos cambios reseñados conducen al menos a una simulación de un mercado competitivo, la estructura de los incentivos también debe contar con la posibilidad de que las metas u objetivos no sean alcanzados, y por lo tanto comiencen a operar las sanciones o penalizaciones. En este sentido, los incentivos continuarán teniendo sentido en la medida que la amenaza a la sanción sea creíble. Pero esto es muy difícil en contextos de servicios públicos, ya que las penalizaciones o incluso medidas más radicales como el quiebre de una empresa proveedora tiene asociados una serie importante de consecuencias directas sobre un buen número de ciudadanos. Esto determina que comiencen a operar toda una serie de mecanismos típicos de las democracias contemporáneas relacionados con la presión política de sindicatos, sociedad civil organizada o partidos de la oposición, que dificultará de sobremanera la aplicación de las sanciones (López Casanovas et al, 2003). Esto se debe principalmente a que la valoración de ciertas actividades de carácter público en algunas ocasiones no puede ser medida simplemente como ecuaciones de costo/beneficio.

Dentro de estos problemas de carácter político también debería agregarse una crítica que generalmente se le realizan todos los procesos de contractualización dentro del sector público, y que consiste en señalar que ante la necesidad lógica de cuantificar aquellos aspectos de la gestión de una institución o individuo para posteriormente ser medidos, y en base a sus resultados determinar los niveles de pago o la renovación o rescisión de un vínculo, estos actores tenderán inevitablemente a concentrarse casi exclusivamente a cumplir con aquellas dimensiones comprendidas en el contrato, dejando de lado o simplemente trabajar sobre mínimos con otros temas de fuerte relevancia – sobre todo cuando hablamos de servicios de salud – pero que no tienen asociado ningún tipo de beneficio monetario extra. En este sentido, la incorporación de ciertos servicios dentro de las metas de gestión para los prestadores en el nuevo sistema implementado en Uruguay, que tuvo como justificación la promoción de prácticas de interés social, puede presentar como riesgo que una vez extinguido el plus presupuestal ante un cambio de prioridad, las prácticas anteriores no se hayan consolidado y por lo tanto sean abandonadas.

#### **V.6.4. Formas de pago a los prestadores**

Como último factor a destacar en relación a los diversos mecanismos de gestión de los sistemas sanitarios vale destacar a los diferentes instrumentos de pago utilizados por el Estado para retribuir a los diferentes prestadores por la realización de sus tareas. En este sentido, estos instrumentos pueden ser organizados de acuerdo a tres dimensiones: unidad de pago, dimensión temporal y distribución del riesgo entre

financiadores y proveedores (Buglioli et al, 2010). El Cuadro 6 presenta una breve descripción de los principales mecanismos existentes.

**Cuadro 6. Descripción de los principales mecanismos de pago**

Mecanismo de pago	Descripción	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Acciones de contralor
<b>Por servicio</b>	Se paga el servicio prestado de forma retrospectiva.	Recae sobre el financiador.	Incentiva sobreutilización, disminuye incentivo de programas preventivos, aumenta incentivo de altas tecnologías	Control sobre el gasto, auditorías médicas, fijación de tarifas máximas.
<b>Por egreso</b>	Se paga por cada paciente egresado.	Si no se ajusta el pago, el riesgo es del prestador. Si se ajustan: en el financiador.	Incentiva aumento de ingresos hospitalarios y disminuye estadía.	Control sobre la tasa de reingresos. Ajuste de tarifas.
<b>Por presupuesto</b>	Se paga a partir de la actividad esperada en un plazo de tiempo	Recae sobre el prestador.	Pocos incentivos para mejorar la productividad.	Control sobre racionamiento de los servicios
<b>Por cápita</b>	Monto fijo o variable por cada usuario	Sin ajuste sobre el prestador. Con ajuste se comparte con el financiador.	Ventajas del control de costos. Fomentaría integración de servicios. Sin ajuste hay riesgo de selección.	Control de calidad y fomento de competencia.

Fuente: elaboración propia en base a Buglioli et al (2010).

Sin lugar a dudas el mecanismo de pago más extendido actualmente es el del pago por cápitas. Un sistema de pago organizado de esta manera puede incluir únicamente un número acotado de servicios, o por el contrario puede incluir un paquete integral. La primera opción tiene a favorecer la competencia entre diferentes niveles de atención, puede incentivar la duplicación de servicios – sobre todo entre aquellos que están por fuera de la cápita – y promover una sobreutilización de ciertas tecnologías, ya que estas aportan los valores agregados más altos para los usuarios (Buglioli et al, 2010). Si por el contrario la cápita cubre una canasta integral de servicios, gran parte de los incentivos mencionados anteriormente se atenuarían, fomentando por contrapartida una mayor coordinación entre los diferentes niveles del proceso de atención sanitaria.

Ahora bien, si las cápitas son exactamente iguales para todos los usuarios, se corren grandes riesgos de incurrir en problemas asociados a la selección de riesgos o descreme de la demanda, por ejemplo evitando atender a aquellas personas con mayores problemas sanitarios – por ser los más costosos – o estableciendo

prestaciones diferenciales en términos de calidad, donde contrariamente a las necesidades de atención, aquellos servicios destinados a estas poblaciones posean menor calidad y niveles de inversión como forma de contener costos (Ibíd.). Es por esta razón que generalmente se suele optar por construir cápitas ajustadas a ciertos tipos de riesgos. En este sentido, las variables más comúnmente utilizadas son las de edad y sexo, fundamentalmente debido a razones prácticas de control y seguimiento de las mismas, aunque se ha demostrado que estas dos variables no alcanzan para predecir correctamente los gastos de una persona. Esto ha llevado a que en algunos países como Bélgica u Holanda se hayan incorporado otras variables complementarias como la discapacidad, el ingreso y el tipo de empleo del usuario (Buglioli et al, 2010).

#### **V.6.5. Formas de pago a los trabajadores médicos**

Finalmente, se intentarán presentar brevemente las distintas formas de pago existentes de los centros de atención sanitaria hacia los actores centrales del proceso de atención: los médicos. El tema de los modos de pago no es menor en el contexto actual de aumento sostenido de los costos de atención, ya que los sistemas tradicionales de pago están siendo objeto de críticas por considerarlos parte involucrada en los problemas de eficiencia y efectividad de la sanidad. De acuerdo a Robinson, citado por Peiró y García-Altés (2008): *“Existen muchos mecanismos para pagar a los médicos. Algunos son buenos y otros malos. Los tres peores son el pago por acto, la capitación y el salario”*. Y justamente estos tres métodos son los más utilizados actualmente.

---

132

De acuerdo a estos autores, parte de la solución pasaría por combinar aspectos de estos tres sistemas de pago, incorporando además nuevas herramientas. Este nuevo sistema es denominado “pago por calidad” o “pago por objetivos”, y su fin sería lograr una mejora de la calidad asistencial *“...remunerando a los proveedores de atención sanitaria para alcanzar objetivos de calidad o productividad preestablecidos”* (Peiró & García-Altés, 2008). Sus características centrales son: un conjunto de objetivos de calidad y eficiencia que delimitan el objeto; criterios y estándares específicos para cumplir dichos objetivos; e incentivos generalmente monetarios, que dependen del nivel alcanzado por cada proveedor.

El ejemplo de aplicación práctica lo constituye Reino Unido, donde desde el año 2004 los contratos de los médicos generales con el *National Health System* vinculan casi un tercio de las retribuciones totales a las puntuaciones que obtengan en aproximadamente 146 indicadores de calidad. Pero si bien las evaluaciones de este programa han superado incluso las previsiones de los gestores británicos, lo cierto es que la introducción de este tipo de lógica no es neutral y puede tener efectos no deseados como la tendencia a generar una sobreutilización de algunas prácticas que en principio se busca fomentar; o que los médicos se centren únicamente en aquellas

acciones que son pasibles de ser evaluadas; al tiempo que será necesario para una evaluación correcta, una estratificación de los indicadores por nivel socioeconómico, edad y/o sexo (Peiró & García-Altés, 2008).

## V.7. Recapitulación

Este capítulo permitió introducir en este trabajo una serie de puntos que permiten continuar presentando las principales dimensiones de análisis a utilizar en el análisis del diseño e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. En este sentido, queda claro que los diferentes procesos de reforma administrativa poseen una naturaleza eminentemente política, por lo que la adopción de una u otra alternativa determinarán importantes efectos sobre las características de los programas implementados por cualquier gobierno. Las últimas décadas han presentado un paradigma hegemónico en esta materia, conocido como New Public Management. Sin embargo, a pesar de que la gran mayoría de las administraciones públicas eran víctimas de problemas similares, y por lo tanto las presiones de reforma también se parecían entre sí, lo cierto es que gran parte de los resultados de las reformas efectivamente implementadas difirieron sustantivamente según el contexto anterior a los mismos.

Así, la adopción exitosa de un modelo u otro de reforma administrativa dependerá en gran medida del marco institucional previamente existente, en relación a la configuración de actores involucrados o los recursos de poder con que cuentan cada uno de ellos. Llegamos entonces en este punto, a la existencia de un marco de análisis de cambio institucional muy similar al utilizado para comprender los movimientos en materia de políticas de bienestar social. Por lo tanto, no sorprende que los casos y ejemplos citados por la bibliografía especializada en gestión pública para describir los diferentes tipos ideales identificados – NPM y Neoweberianismo principalmente – presenten grandes similitudes con los conglomerados de regímenes de bienestar presentados en el Capítulo III.

En este sentido, siguiendo esta línea se puede observar cómo, aquellos países que pudieron seguir de forma relativamente exitosa, reformas de fuerte cariz gerencialista – como Estados Unidos, Nueva Zelanda o el Reino Unido – son aquellos que poseen estructuras de bienestar de corte residual, y que a su vez han logrado promover reformas más radicales en términos de contención de costos o directamente remercantilización de algunos servicios sociales. En dichos casos, la estructura de gobierno mayoritario, el sistema electoral que incentiva el bipartidismo y otras macro instituciones, tienden a facilitar la adopción de cambios institucionales de mayor envergadura, y al mismo tiempo, revertirlas igual de rápido.

Como contrapartida, en el otro extremo de este continuo de capacidades de reforma, se podrían encontrar los países del centro o sur de Europa por ejemplo – Alemania o Francia entre otros – que son aquellos casos donde se han construido matrices de

bienestar de corte corporativo y conservador. Estos esquemas de protección, como ya fue mencionado en el capítulo anterior, son los que han presentado mayores dificultades en materia de adaptación a los nuevos riesgos y desafíos; y los cambios efectivamente implementados han seguido pautas graduales y recalibradores – aunque esto no ha inhibido necesariamente la realización de cambios de envergadura en las bases de sustento del régimen. Es en estos mismos países donde la literatura especializada de administración pública ha identificado las mayores resistencias ante los cambios promovidos desde el paradigma gerencialista dominante, ya que entre otras cosas, los actores más perjudicados por estas reformas poseen un fuerte poder de veto.

Finalmente, los países nórdicos que han desarrollado esquemas de atención y protección social de carácter universalista y fuertemente desmercantilizador, han tendido a seguir un camino intermedio, de recalibración y contención de costos a partir en muchos casos de estrategias de cambio de orientación gerencialista. Sin embargo, el matiz o diferencia más importante respecto a los casos de reforma gerencial más radicales es que los cambios promovidos en países como Suecia o Noruega han intentado conservar ciertas características constitutivas del esquema general, como por ejemplo el mantenimiento de un “paraguas” público – y en buena medida político – en materia de prestaciones sociales y conducción de las instituciones de gobierno.

Estas diferencias remiten al mismo tiempo al último conjunto de conceptos presentados en este capítulo, referidos a diferentes instrumentos de gestión más concretos: muchas veces, en el contexto actual de rápida difusión de ideas y experiencias a lo largo y ancho del mundo, es difícil identificar instrumentos o herramientas extremadamente diferentes. Por el contrario, la convergencia que puede parecer a primera vista, en realidad esconde una serie de matices tan importantes, que por ejemplo pueden definir e influir en los resultados de las diferentes políticas.

Para continuar con esta macro caracterización de ciertos tipos ideales de organización social y política, el capítulo siguiente se centrará en los diferentes tipos de sistemas de salud existentes, sus principales dimensiones; para así poder vincularlos o no con estos modelos e instrumentos de gestión pública y bienestar social presentados hasta ahora.

## CAPÍTULO VI. Sistemas de Salud: diferentes tipos y tendencias de reforma en América Latina

### VI.1. Introducción

La atención sanitaria es sin lugar a dudas uno de los mayores componentes de los regímenes de bienestar, ya sea por su peso en la economía de un país, por el nivel de empleo que genera, o por la importancia simbólica que tiene el funcionamiento del sistema sanitario a nivel de la ciudadanía en su conjunto; pero fundamentalmente el rol que el Estado juega en dicha arena de política pública. Sin embargo, a pesar de que los diferentes problemas y tensiones que han sufrido y sufren en líneas generales los regímenes de bienestar tienen un correlato directo en los sistemas de salud – por ejemplo ningún otro sector de política ha sido tan permeable a los problemas asociados con la contención de costos (Moran, 2000). La literatura que se ocupa de los servicios sanitarios y los sistemas de salud, generalmente discurre por un camino paralelo a las discusiones, debates y tipologías de los Estados o Regímenes de Bienestar. Sin duda una de las principales razones de esta separación se encuentra en el hecho de que la literatura de “Welfare” está orientada prácticamente en su totalidad al área de la seguridad social y a las transferencias monetarias directas (Reibling, 2010).

Los sistemas de salud, al mismo tiempo que son influenciados por el resto de componentes de los Estados de Bienestar, también responden a dinámicas internas muy específicas. Entre estos puntos de especificidad se encuentra la necesidad de que el gobierno centre gran parte de su intervención en el ámbito sanitario en las siguientes dimensiones: el consumo, la provisión y la incorporación de tecnología en los servicios sanitarios (Moran, 2000). Dichos procesos fueron incorporados paulatinamente al campo de la intervención pública, respondiendo a las necesidades cada vez mayores de las diferentes etapas históricas. En este sentido, la necesidad de gobernar el consumo por ejemplo, habría surgido a partir de dos cambios sustantivos en el área de la atención sanitaria. Por un lado, los cambios organizativos y tecnológicos desarrollados a lo largo del siglo XIX que permitieron mejorar la eficacia de las acciones curativas realizadas en los centros hospitalarios; y por otra parte, el viraje producido por los seguros de salud que originalmente se habían concentrado en el mantenimiento de los ingresos durante el período de convalecencia del trabajador, y que posteriormente pasaron a cubrir directamente los costos de la atención sanitaria (íbid.).

Respecto a la provisión, es fundamental tener en cuenta que: “*Health care is not consumed it is provided...*” (Moran, 2000). Esto implica entre otras cosas que el acceso a la provisión de dichos bienes está fuertemente asociado a decisiones unilaterales



realizadas por actores altamente profesionalizados, que se vienen a insertar en organizaciones extremadamente complejas. Por eso, para el gobierno efectivo de la provisión no va a ser indistinto que la propiedad de las instituciones de atención sanitaria sea pública o privada, o que los servicios se organicen de forma centralizada o descentralizada; y por supuesto, será fundamental el tipo de relacionamiento del gobierno con los profesionales médicos. *“The medical profession has an especially persuasive claim to authority. Unlike the law and the clergy, it enjoys close bonds with modern science (...) Even among the sciences, medicine occupies a special position. (...) They serve as intermediaries between science and private experience, interpreting personal troubles in the abstract language of scientific knowledge.”* (Starr, 1982 en Moran, 2000)

En cuanto a la tercera dimensión, el gobierno de la tecnología, la misma aparece explicitando una parte de los sistemas sanitarios que muchas veces queda relegada y que sin embargo incluye a los grupos económicos de mayor poder – sobre todo económico – incluso más allá de las fronteras del sector salud. Pero más allá del poder de veto o la capacidad de lobby de las empresas farmacéuticas a la hora de la toma de decisiones políticas, no menos relevante es el hecho de que el avance de la industria per se ha sido, y es sin dudas, uno de los principales factores que han presionado el aumento de los costos de atención de manera exponencial. Este hecho no es menor a la hora de referirnos a la capacidad de rectoría o liderazgo del Estado, en la medida en que dichas industrias son netamente privadas pero se encuentran fuertemente condicionadas por el tipo de regulación desarrollada desde el ámbito público.

Planteado este marco, el capítulo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se presentará la existencia de diferentes configuraciones en materia de organización de los servicios de salud en los países desarrollados, identificando en la literatura especializada algunas tipologías junto a sus principales dimensiones. El objetivo será encontrar alguna o algunas clasificaciones que puedan aportar información relevante a la hora de incluir un sistema de salud – en este caso el uruguayo – en perspectiva comparada, pero que al mismo tiempo las mismas aporten herramientas para evaluar los posibles movimientos de dicho sistema, a partir de algún tipo de proceso reformista. Por otra parte, de forma sintética se revisará algún intento por fortalecer el vínculo entre las tipologías existentes sobre sistemas de salud y las clasificaciones tradicionales sobre Regímenes de Bienestar ya presentadas en el Capítulo III.

Posteriormente, se procederá a realizar un ejercicio similar en relación a las principales características y desafíos de los sistemas de salud latinoamericanos, junto a un par de tipologías existentes en la región, para luego desarrollar cuáles fueron las principales orientaciones de reforma en materia sanitaria durante las últimas tres décadas, tanto en forma general, como a partir de una breve revisión de algunos casos particulares.

Por lo tanto este capítulo aportará, tanto elementos analíticos como un marco histórico muy útil para poder ingresar directamente a la presentación del caso uruguayo en el capítulo siguiente.

## VI.2. Sistemas de salud: tipos y principales características

Según la Organización Mundial de la Salud, los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. Además, los “*buenos sistemas de salud*” propenden al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible (OMS, 2000). La construcción histórica de las diferentes formas de organizar la gestión y distribución de estos recursos entre los diferentes países ha respondido a una serie de arreglos políticos e institucionales particulares y con un variado grado e intensidad de participación por parte de los distintos actores relacionados con esta política pública. Así, uno de los puntos de los que parte este trabajo, presentado anteriormente, es que los arreglos institucionales son fundamentales para comprender justamente las posiciones y demandas de los actores sectoriales, configurando entre otras cosas la capacidad de veto de los mismos ante las posibles alternativas de organización (Immergut, 1992a).

De acuerdo a esta autora en su análisis sobre la conformación de seguros nacionales de salud, este tipo de propuestas han sido consideradas por prácticamente todos los países de Europa Occidental, pero los resultados políticos han variado significativamente. Debido a que las propuestas se han parecido mucho entre sí, y que los intereses y estrategias de los diferentes grupos de presión tampoco han variado sustantivamente: *“Doctors, in particular, have traditionally viewed National health insurance programs as a threat to their professional Independence. For while these public programs expand the market for medical care by using collective resources to pay for medical services, they also generate financial incentives for governments to regulate the medical profession.”* (Immergut, 1992b) Es a partir de este hecho que se propone una alternativa diferente a los planteos que explican las diferentes configuraciones adoptadas en materia sanitaria a partir de ideas tales como el peso de los profesionales de la salud – médicos – en el proceso político; o en la coalición formada por sindicatos y partidos políticos de izquierda.

El reconocimiento de diferencias entre los sistemas de salud contemporáneos, y particularmente en los procesos político-institucionales que terminaron en dichas configuraciones, no inhibe para nada el hecho de que también se haya dado hasta cierto punto algunos avances convergentes entre países, sobre todo a partir de la confluencia de una serie de problemas vinculados por ejemplo a cambios en el perfil epidemiológico de las sociedades o al aumento sostenido de costos en la atención médica. Por eso en la actualidad, en prácticamente todos los países desarrollados –

con la excepción de Estados Unidos – el acceso a un paquete mínimo de servicios de salud está garantizado formalmente para el conjunto de la ciudadanía, aunque como se observará a continuación, a partir de diferentes esquemas de aseguramiento. Por lo tanto, las diferencias más importantes se encontrarán en torno a las formas de financiar y/o gestionar el sistema; y cómo acceden efectivamente los ciudadanos a los servicios sanitarios.

En la literatura sobre la materia parece existir un amplio consenso respecto a cuáles son las principales dimensiones de los sistemas de salud y cuáles son las funciones del Estado en materia sanitaria (Grimmeisen & Rothgang, 2004; Wendt et al, 2009): Financiamiento, Provisión y Regulación. Es a partir de estas dimensiones por un lado, y de los diferentes roles que juegan en cada una de ellas los diferentes actores – estatales, privados y sociales – que principalmente se han ido construyendo las diferentes tipologías que pretenden dar cuenta de la diversidad de sistemas de salud. La adopción de una o varias tipologías de sistemas sanitarios será de gran ayuda para el desarrollo de esta investigación, en la medida en que partir de ideales tipo se puede dar cuenta de los posibles cambios a lo largo del tiempo en el/los caso/s analizado/s: *“...the ideal-typical method is a central starting point for the measurement of change and has therefore continued to be applied to the study of welfare systems.”* (Wendt et al, 2009)

Si bien estas clasificaciones están centradas en el mundo desarrollado – fundamentalmente Europa y Estados Unidos – a continuación se presentarán de forma no exhaustiva algunas tipologías de sistemas de salud para poder determinar cuál de ellas se adapta mejor a los objetivos de este trabajo, y por lo tanto, aportar también a la comprobación de su viabilidad o no para dar cuenta de las características de los sistemas de salud latinoamericanos, que serán trabajados más adelante. Es que justamente en el marco de una investigación que pretende analizar a la política de salud enmarcada en las transformaciones de los Regímenes de Bienestar, las tipologías de estos últimos – en particular la de Esping Andersen – no aportan demasiados elementos para la clasificación de los sistemas de salud. Esto se debe a que las mismas están construidas en base a los sistemas de seguridad social, y por lo tanto se concentran en la transferencia de recursos monetarios, mientras que una tipología de sistemas de salud debe centrarse en los servicios sociales (Moran, 2000). Por lo tanto, los aportes o caracterizaciones pueden surgir de la consideración del sector salud como uno de los seguros sociales, y por lo tanto pasibles de ser analizados de acuerdo a dicha lógica.

Probablemente la clasificación de sistemas de salud más básica parta de cuáles son las principales fuentes de ingresos del sistema. Así por ejemplo, de acuerdo a José Manuel Freire entre otros autores, en la Unión Europea en particular, pero también en general

a otras regiones, se pueden identificar dos sistemas de acuerdo a sus mecanismos de financiamiento: el “modelo Bismarck”, apoyado en la Seguridad Social y la contribución de los ciudadanos mediante cotizaciones obligatorias, y el “modelo Beveridge”, que está financiado por impuestos esencialmente, y que se organiza en torno a un Sistema Nacional de Salud (Freire, 2006). El primero de estos modelos presenta como claro referente el caso alemán principalmente (como su nombre lo indica), pero en general se podría encontrar en la mayoría de países con EB corporativo de Europa como Francia o Austria; mientras que el modelo de los SNS fue durante mucho tiempo Inglaterra, y a él se fueron sumando los países nórdicos y algunos países del sur de Europa como España o Italia.

Si bien esta distinción es la que ha permeado casi todos los debates, lo cierto es que actualmente los diferentes casos y sus respectivas reformas están dando cuenta de un panorama cada vez más híbrido. A partir de esta primera distinción fundamental, las diversas tipologías han ido complejizando el tipo y cantidad de variables para clasificar a los sistemas de salud, pero de forma muy similar a lo que ocurre con la tipología de Regímenes de Bienestar de Esping Andersen, las mismas terminan, o bien pareciéndose mucho a este corte primario, o bien las diferentes categorías construidas albergan básicamente al mismo conjunto de países.

Por ejemplo en el caso de aquellos investigadores que parten de la distinción entre sistemas Bismarck y Beveridge, el propio Freire analiza en torno a estos modelos la relación entre financiador y proveedor, así como también la vinculación de dicha relación con el financiamiento del sistema. Según el autor, hay dos alternativas de relación: la contratación o la integración (Freire, 2006). La primera, más común en los modelos Bismarck, se caracteriza por la compra de quien posee los recursos económicos – los organismos públicos responsables – de los servicios sanitarios necesarios para una cobertura aceptable. En este caso, el vínculo por excelencia entre financiador y proveedor es el contrato, que mantiene claramente diferenciada a ambas funciones. Pero a diferencia de este modelo, los países con Sistema Nacional de Salud generalmente tienen conviviendo dentro de la misma organización (pública) tanto al proveedor como al financiador. La adopción de una u otra estrategia no será “neutral” para las organizaciones encargadas de prestar los servicios sanitarios, y por lo tanto los efectos de cada actuación sobre la ciudadanía no serán iguales.

También siguiendo a Freire, podemos observar en el Cuadro 7 cómo la adopción de un modelo u otro trae aparejada implicaciones en la forma en que se organiza el sistema que van a repercutir directamente en aspectos centrales de la provisión del servicio, como la existencia de listas de espera o los costos de la totalidad del sistema.

***Cuadro 7. Características de los modelos Bismarck y Beveridge de atención sanitaria***

	<b>Modelo Bismarck</b>	<b>Modelo Beveridge</b>
<b>Atención Primaria</b>	No existe como algo separado del resto de la atención	Muy desarrollada (puerta de entrada a los servicios)
<b>Vínculo laboral de los médicos</b>	Autónomos. Muchas veces cobran por acto médico	Contratados directa o indirectamente por la Administración Sanitaria
<b>Proveedores</b>	Gran diversidad (privadas, del tercer sector, con ánimo de lucro, sin ánimos de lucro, etc.)	Mayoritariamente las entidades son de carácter público
<b>Libertad de elección para el usuario</b>	Mucha debido a la variedad de organizaciones y a la no organización territorial de los servicios	Se le asigna un centro de atención primaria y un hospital general de acuerdo a su residencia

**Fuente: Elaboración propia en base a Freire (2003)**

La experiencia en el primer caso muestra que prácticamente no se producen grandes problemas con las listas de espera debida justamente a la posibilidad de movilidad que tienen los usuarios de los servicios, que les permite optar por aquellas instituciones que le ofrezcan una atención más ágil. Como contrapartida, una configuración de este estilo donde las instituciones proveedoras se ven obligadas a competir por los ciudadanos y sus recursos, sumado al hecho de que los médicos cobran por cada acto, van a determinar que comparativamente el financiamiento de este modelo va a ser bastante más caro que los SNS y pueden llegar a tener como se intentará identificar más adelante, un impacto directo sobre la equidad en el acceso a los servicios. Desde el otro lado, claramente la reducción de las listas de espera sobre todo a nivel de consulta de los diversos especialistas es una de las cuestiones más complejas de resolver por parte de las autoridades de los SNS, ya que es una de las variables que más influye en la valoración que la ciudadanía realiza del servicio.

---

140

Pero para complejizar un poco más la cuestión, tampoco podemos considerar acríticamente a los ejemplos concretos de estas categorías como homogéneos, ya que aquí también se pueden encontrar diferencias importantes, particularmente con los vínculos laborales de sus médicos. En este sentido, dentro de los SNS se puede al menos realizar una distinción no menor entre aquellos países como Gran Bretaña donde, a pesar de ser funcionarios públicos, los trabajadores del sector poseen un estatus laboral diferente y casi en su totalidad equiparable al de los empleados del sector privado; y casos como el de España, donde a pesar de que en los últimos años la situación viene diversificándose cada vez más; los funcionarios de la sanidad mantienen en líneas generales un estatuto profesional con una matriz más cercana a los modelos weberianos. Este punto plantea un interesante vínculo con los modelos de gestión pública anteriormente presentados, a la hora de vislumbrar posibles áreas de reforma.

Incluso la heterogeneidad también está presente al interior de los casos nacionales. Por ejemplo, el caso español es un paradigma de este hecho, ya que a partir del proceso de fuerte descentralización política y administrativa de las diferentes Comunidades Autónomas ha llevado a que a pesar de presentar un esquema de SNS, lo cierto es que existen claras diferencias territoriales. Una de ellas es la existente en Cataluña, donde en primer término, la estructura de proveedores de servicios sanitarios tiene como particularidad un fuerte componente mixto. Pero además, este marco ha permitido que se procesen diferentes innovaciones en términos de gestión, como por ejemplo la señalada por Ballart en la zona de Vic. Allí se conformó una Entidad de Base Asociativa (EBA) – figura introducida en la ley catalana de salud – que es una compañía de servicios de atención primaria gestionada por al menos tres socios, quienes debían ser médicos que fueran a ejercer su profesión en estos centros (Ballart, 2008b).

Sin embargo, más allá de la introducción de otras dimensiones en el análisis de estos modelos de atención, algunos autores consideran que debido a que la tipología está construida a partir de cuestiones financieras y organizacionales tan generales, la misma no es suficiente para alcanzar una mejor caracterización y comprensión de los sistemas de salud existentes. Así, diversos estudios fueron instalando, con mejor o peor justificación, nuevas dimensiones para catalogar a los diversos tipos de sistemas de salud, entre las que se encuentran: el grado de autonomía de los médicos, la propiedad pública o privada de los servicios, la unidad organizacional principal del sistema, el grado de control estatal sobre la producción y las bases de acceso a los servicios – ciudadanía, contribución o pobreza – entre otras (Wendt et al, 2009).

Por otra parte, para los objetivos de este trabajo parece pertinente centrarse fundamentalmente en dos trabajos de Claus Wendt (Wendt, 2009 y Wendt et al, 2009) en los que, si bien se desarrollan dos clasificaciones diferentes de los sistemas de salud europeos, ambas aportan elementos importantes sobre dos cuestiones centrales para esta investigación: por un lado, el primero de los trabajos aporta una tipología de los sistemas de salud a partir del rol que desempeñan los tres actores centrales de este proceso (Estado, sociedad y mercado) en el cumplimiento de las tres funciones esenciales de cualquier sistema sanitario (financiamiento, provisión y regulación). Así, la provisión puede ser tanto pública como privada, y a su vez esta puede ser con o sin fines de lucro; la regulación puede venir directamente desde el Estado, consistir en una autorregulación social, o por mecanismos de mercado aunque preservando el control en última instancia del Estado; mientras que el financiamiento puede venir de impuestos, de seguros sociales o de contribuciones directas de los privados; (Wendt et al, 2009).

El cruce de estas variables otorga una tipología compuesta por 27 categorías correspondientes a los siguientes criterios: tres categorías responden a los “ideales-tipo” denominados Estatales, Societales y Privados. A su vez, dentro de cada ideal-tipo existen seis sistemas de tipo mixto con predominio de los arreglos clásicos de dicho ideal. Finalmente, la tipología incluye seis sistemas mixtos puros, en los que no se encuentra ningún tipo de uniformidad e incluso podrían ser eliminados de la tipología ya que no existen casos específicos que se encuentren allí. En el Cuadro 8 se puede observar este esquema.

Esta tipología permite esencialmente colocar a los casos en estudio dentro de un continuo, para a partir de allí, poder determinar la orientación que van tomando las distintas transformaciones de un sistema de salud a lo largo de un período determinado de tiempo, como ocurre con el caso uruguayo en este trabajo. En este sentido, parece atractiva la idea propuesta por los autores de vincular a los diferentes tipos de cambio dentro de la clasificación con los niveles de cambio institucional de primer, segundo y tercer orden manejados por Peter Hall (1990). Una reforma determinada será considerada como un “cambio de sistema” o de paradigma, cuando el sistema de salud analizado pasa de los dominios de un tipo ideal a otro. En cambio será considerado un “cambio interno” – o cambio de segundo orden – aquel que presenta cambios en una de las dimensiones de análisis pero dicho cambio no logra alterar el peso del actor relevante. Por último, los “cambios internos de niveles” son aquellos que producen transformaciones dentro de las distintas dimensiones pero que no logran cambiar efectivamente el sentido de las mismas.

**Cuadro 8. Clasificación de los Sistemas de Salud de acuerdo a participación del Estado, el mercado y la sociedad civil en las funciones de Regulación, Financiamiento y Provisión**

	Actor central en las principales dimensiones de los Sistemas de Salud		
Tipo de Sistema de atención sanitaria	Regulación	Financiamiento	Provisión
Tipo ideal: Sistema Estatal de Salud	Estado	Estado	Estado
Sistemas mixtos con predominio del Estado	Aquí se encuentran todos los sistemas de salud que presenten al Estado como agente principal en al menos dos de estas dimensiones.		
Tipo ideal: Sistema Societal de Salud	Organizaciones Sociales o Comunitarias	Organizaciones Sociales o Comunitarias	Organizaciones Sociales o Comunitarias
Sistemas mixtos con predominio de las organizaciones sociales	Aquí se encuentran todos los sistemas de salud que presenten a las Organizaciones Sociales o Comunitarias como agentes principales en al menos dos de estas dimensiones.		
Tipo ideal: Sistema Privado de Salud	Actores Privados	Actores Privados	Actores Privados
Sistemas mixtos con predominio del sector privado	Aquí se encuentran todos los sistemas de salud que presenten a las empresas privadas como agentes principales en al menos dos de estas dimensiones.		

Fuente: Elaboración propia en base a Wendt et al (2009).

Pero como contrapartida, esta tipología falla a la hora de dar cuenta de características más complejas de los sistemas de salud, y por lo tanto, ofrecen poco margen para diferenciar algunos estilos de gestión entre casos de una misma categoría, es decir: no permiten captar ciertas diferencias en relación a las capacidades institucionales ni al peso o autonomía real de los diferentes actores del sistema. A partir de estos problemas, el propio Wendt toma como indicadores para elaborar una nueva clasificación en base a las siguientes dimensiones: el gasto en salud; el tipo de financiamiento (público o privado); las formas de provisión del servicio – a partir del número de especialistas y enfermeras y la cantidad de médicos generales y farmacéuticos –; las características institucionales como las formas de acceso a los servicios – condición de ciudadanía, seguro social, contribución privada o necesidad – la forma de pago a los médicos – por servicio, por caso, por cápita, salario – y el tipo de regulación del acceso de los pacientes a los servicios – libre acceso, a través de un médico de medicina general o familiar, y directamente a los especialistas a través de un copago (Wendt 2009).

A partir de estas dimensiones, el autor identifica tres clústeres de países que presentan ciertas coincidencias con la tipología de mundos del bienestar de Esping Andersen ya



que en el primero de ellos ubica a todos los países con sistema de seguridad social, entre los que se encuentran Alemania o Francia por ejemplo. En el segundo cluster, aparecen los países con Sistemas Nacionales de Salud tradicionales como Suecia o el Reino Unido; mientras que en el último cluster aparecen agrupados los países con SNS tardíos, es decir: España, Finlandia o Portugal.

El primer tipo de sistemas es llamado *“Health service provision-oriented type”* y se caracteriza por sus amplios niveles de cobertura, especialmente en materia de atención hospitalaria. Además, los países incluidos en esta categoría presentan un número importante de proveedores, al tiempo que los usuarios no deben enfrentar copagos demasiado altos y tienen libertad de elección de sus médicos. En cuanto a principios o valores contrapuestos, se puede decir que en estos sistemas la equidad y los niveles de acceso priman en líneas generales por sobre el grado de autonomía esperado por los profesionales médicos (Wendt, 2009). Dentro de esta categoría se encuentran por ejemplo Alemania, Austria, Bélgica o Francia; todos con seguros sociales de tipo Bismarck.

El segundo cluster de sistemas es denominado por el autor como *“Universal coverage – controlled access type”* y la característica saliente es sin dudas la cobertura universal de los servicios sanitarios. A diferencia del cluster anterior, en este caso la relación entre usuarios y proveedores está fuertemente regulada por parte de las instituciones estatales. Esto se debe particularmente a dos motivos: en primer lugar, dado que el componente principal del financiamiento del sistema es de naturaleza pública, es lógico que el Estado tenga ante sí mayores niveles de responsabilidad respecto a la provisión del servicio; pero a su vez, como consecuencia del mayor énfasis en la atención primaria, el acceso de los usuarios a los diferentes especialistas se encuentra en prácticamente todos estos países mediado por los médicos generales o de familia (general practitioners). Finalmente, el hecho de que casi la totalidad de la población se encuentre cubierta por el mismo fondo de financiamiento, y que los pagos a los proveedores se realicen a través de cápitas, estos sistemas también aportan los niveles más altos de equidad (Wendt, 2009). Aquí los casos paradigmáticos serían Dinamarca, Gran Bretaña o Suecia, que poseen en su conjunto Sistemas Nacionales de Salud.

Por último, aparece el *“Low budget – restricted Access type”* que presenta a los países con menor inversión en salud y una estructura de proveedores de servicios y sobre todo de financiamiento, mucho más orientada al ámbito privado. Estos altos niveles de pagos directos del bolsillo de los usuarios implican una barrera al acceso de ciertos colectivos con bajos niveles de ingreso (Wendt, 2009). Desde el punto de vista del actor médico, los mismos presentan algunas diferencias importantes entre sí, particularmente entre los médicos generales, quienes al ser retribuidos a partir de un salario tienen mucha menor autonomía de acción respecto al Estado o a otro tipo de

proveedores; mientras que en líneas generales los especialistas poseen sistemas de retribución diferentes – por ejemplo pagos por acto – lo que evidentemente debilita la dependencia de su empleador. Este tercer tipo de sistemas incluye en su mayoría a los casos de Sistemas Nacionales de Salud de Desarrollo tardío, como es el caso de los países de la zona mediterránea: España y Portugal por ejemplo.

**Cuadro 9. Relación entre tipologías de bienestar y de sistemas de salud**

	Freire (2006)	Wendt (2009)	Wendt et al (2009)
<b>EB Socialdemócrata</b>	Sistemas Nacionales de Salud	Universal coverage controlled Access	Estatales
<b>EB Corporativo</b>	Seguros Sociales Bismarckianos	Health service provision-oriented	Sociales
<b>EB Residual</b>			Privados
<b>EB Mediterráneo</b>	Sistemas Nacionales de Salud tardíos	Low budget restricted access	Híbridos

Fuentes: elaboración propia en base a Freire (2006); Wendt (2009) y Wendt et al (2009).

El Cuadro 9 tiene la intención de combinar la clasificación de regímenes de bienestar adoptada en el Capítulo III, con las tres tipologías de sistemas de salud revisadas hasta el momento. Dicho cuadro cobra sentido a partir de observar que los países incluidos en cada caso se repiten, sobre todo en los extremos de cada tipología. Por ejemplo, Suecia es considerada un Régimen de Bienestar Universalista o Socialdemócrata, ha desarrollado un sistema de Sistema Nacional de Salud con un potente componente público, lo que además coloca a este sistema como Estatal y dentro del tipo *Controlled Access*. Pero sin embargo, esto no significa que entonces la tipología de Esping Andersen alcance para ubicar también los diferentes esquemas de atención sanitaria. Por el contrario, a la hora de incluir casos como los de Reino Unido o la propia España – casos Residuales o de orientación corporativa con Sistemas Nacionales de Salud – estas líneas de clasificación se diluyen un poco. Por eso parece necesario ahondar un poco más en estos matices. Para ello, a continuación se indagará en algunos planteos que pretenden aportar en este sentido.

### VI.3. Sistemas de salud y Regímenes de Bienestar

Como ya fue mencionado anteriormente, en líneas generales las clasificaciones sobre Regímenes de Bienestar predominantes se basan casi exclusivamente en el análisis de las transferencias monetarias de dichos sistemas, como los seguros de desempleo u otras prestaciones del sistema de seguridad social; ignorando de esta manera todo el componente de provisión de servicios, como puede ser la atención sanitaria o la educación. Esto lleva muchas veces a cometer el error de asumir que los diferentes componentes del EB tienen comportamientos similares, por lo que la orientación de

los valores o principios que guían los mismos confluyen en la misma dirección (Kasza, 2002). Es por eso que diferentes autores, entre las que se puede citar a Clare Bambra (2005) intentan vincular a los Regímenes de Bienestar de Esping Andersen (1990) con los sistemas de salud, a partir de la adaptación de la noción de “desmercantilización” manejada por este autor.

Debido a que los regímenes de Esping Andersen son construidos principalmente en base al grado de desmercantilización que habilitan las transferencias de la seguridad social, Bambra conceptualiza a la desmercantilización en salud como el grado en que el acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria depende o no de su posición en el mercado y hasta qué punto la provisión del conjunto del país está determinada por el mercado. Su propuesta entonces consiste en construir un índice <sup>14</sup> de desmercantilización en salud para compararlo con el índice elaborado por Esping Andersen a partir de un análisis de clusters.

Al observar los hallazgos de este trabajo, queda en evidencia que no todos los países orientan la provisión de servicios sanitarios y el otorgamiento de beneficios monetarios de la misma manera ni con el mismo énfasis. Si bien como lo reconoce la propia autora “...it is unclear as to whether the extra two clusters should be considered as distinctive regime types or merely as subgroups of the Liberal and Conservative “worlds of Welfare”, perhaps reflecting different political attitudes to the roles of cash benefits or Welfare services.” (Bambra, 2005) a los tres tipos ideales – Socialdemócrata con fuerte desmercantilización, Corporativo con niveles intermedios y Liberal con bajos niveles en ambas dimensiones – se le pueden agregar un par de grupos que sí presentan diferencias entre beneficios monetarios y servicios sanitarios. Por un lado, algunos países con regímenes corporativos como Alemania u Holanda presentan mejores niveles de desmercantilización en sus transferencias monetarias; mientras que dentro de los países de matriz residual se encuentran una serie de casos como los del Reino Unido o Nueva Zelanda donde existen altos valores de desmercantilización en el área de servicios sanitarios.

De alguna manera complementando este interés de Bambra por otorgar un mayor énfasis en el análisis del grado de desmercantilización de los diferentes sistemas sanitarios, Reibling (2010) considera que uno de los aspectos más importantes de mirar la desmercantilización es que dicho concepto coloca en el centro del análisis al beneficiario del servicio, ya que se ocupa de determinar las condiciones mediante las cuales estas personas acceden a los beneficios y cuál es el nivel de los mismos. Sin embargo, generalmente el acceso es medido sobre el grado de universalidad o cobertura del sistema, por lo que propone incluir en el análisis del acceso a los

---

<sup>14</sup> Este índice es construido a partir de tres medidas: el gasto privado en salud como porcentaje del PIB; el total de camas en hospitales privados en proporción al total de camas del sistema; y el porcentaje de la población cubierta por el sistema de atención sanitaria (Bambra, 2005).

servicios cuestiones relacionadas con la regulación y los incentivos financieros que condicionan la entrada y usufructo del sistema.

Entonces, se considera que pueden existir tres formas de influenciar el acceso a los servicios sanitarios: a través de regulaciones legales, como por ejemplo la existencia de “puertas de acceso” como la obligatoriedad de que sólo se puede acceder a una consulta con especialistas si la misma es aprobada por un médico general o de familia; mediante incentivos financieros como los copagos; y la cantidad y tipo de servicios disponibles para el usuario (Reibling, 2010). Estos criterios de clasificación aportan justamente elementos de gran interés a la hora de analizar los diferentes tipos de cambio institucional que se pueden dar dentro de un sistema particular, y que si bien muchas veces no implican grandes transformaciones, lo cierto es que sí determinan cambios en la lógica del sistema en su conjunto.

Confirmando el carácter complementario de este criterio para las tipologías ya existentes, el análisis realizado es consistente en gran medida con la división entre casos de “Sistemas Nacionales de Salud” y “Sistemas de Seguridad Social”. En el primer grupo es donde se encuentran los sistemas de “portería”<sup>15</sup> más desarrollados y los mayores niveles de regulación de la densidad de proveedores y de la incorporación de tecnología médica entre otras cuestiones. Como contrapartida, el grupo restante de países, al estar basado en las contribuciones al seguro de salud, determina que el acceso a los servicios de salud no sea percibido como un derecho, lo que de alguna manera le resta legitimidad a la idea de restringir de alguna manera el acceso a los médicos tanto generales como especialistas. La opción de regulación en este caso pasa por la aplicación de un financiamiento compartido entre el usuario y el Estado.

## **VI.4. Reformas de los sistemas de atención sanitaria en América Latina**

### **VI.4.1. Tipologías de los sistemas de salud en la región**

A diferencia de las sociedades europeas y del mundo desarrollado en general, las sociedades latinoamericanas presentan, en relación a la situación sanitaria de la población y a las formas en que los servicios de atención están estructurados, una serie de retos – tanto poblacionales como institucionales – que en líneas generales han sido superados por las regiones y países anteriormente mencionados. Entre dichos retos se pueden citar por ejemplo el rezago epidemiológico que implica la importante

---

<sup>15</sup> Estos sistemas se apoyan básicamente en la idea de que existe una única puerta de entrada a los servicios de atención sanitaria. Dicha puerta corresponde a los médicos de familia o médicos generales, quienes son los responsables de derivar a los pacientes a los especialistas, estudios e intervenciones que sean necesarios. De esta manera se busca descomprimir el trabajo de los especialistas y la sobrecarga de los servicios de urgencias.

persistencia de enfermedades infecciosas comunes como el dengue o el cólera, de situaciones de desnutrición – sobre todo infantil – y problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva. Respecto a los problemas de corte institucional, puede mencionarse la falta de cobertura efectiva de grandes porciones de la población, la pobre calidad técnica de la atención y deficiencias en la gestión administrativa de los servicios (Londoño & Frenk, 1995).

Sin embargo, los problemas de la región no se restringen a los recién mencionados, sino que, al menos a partir de los diferentes procesos autoritarios en la región, estos países han comenzado a presentar básicamente los mismos síntomas de crisis sistémica que afrontan actualmente muchos sistemas de salud en el mundo desarrollado. Sólo para ilustrar algunos de estos problemas compartidos, a nivel de población se puede citar el envejecimiento de la misma, los problemas asociados a la acelerada urbanización y el peso incremental de las enfermedades no transmisibles como el cáncer; mientras que por el lado institucional aparecen el aumento sostenido de los costos de atención, la insatisfacción de los usuarios que presionan por mejores servicios, y los retos que implica la continua expansión tecnológica en el sector (Londoño & Frenk, 1995).

Si a estas similitudes le sumamos que en las sucesivas reformas a partir de la década del ochenta, en muchos países se ha avanzado por ejemplo en la conformación de sistemas nacionales de salud a partir de marcos institucionales fuertemente corporativos, a la vez que el peso del subsector privado – tanto en materia de aseguramiento como de financiamiento – es muy superior a los esquemas Beveridge típicos, al igual que ocurre con los países del mediterráneo como se observó en la sección anterior: parece pertinente, o al menos justificable, que se intente examinar o caracterizar a los sistemas latinoamericanos a la luz de las categorías analíticas propuestas en dichos contextos, como forma de introducir a estos casos en un diálogo mucho más fecundo a partir de ciertos ejercicios comparados.

La literatura referida a los sistemas de salud en América Latina no presenta gran variedad de tipologías “regionales”, como sí ocurre con los esquemas de protección social general, como se observó en la sección anterior. Sin embargo, existen al menos dos tipologías que merecen ser destacadas aquí. Por un lado, se encuentra la caracterización de Carmelo Mesa Lago (2008) quien básicamente aplica el mismo criterio utilizado en su clasificación de los sistemas de seguridad social al caso concreto de los sistemas de salud. De acuerdo a esta clasificación, a comienzos de la década del ochenta, antes de que comenzaran a producirse las primeras reformas en materia sanitaria, los países se encontraban clasificados en tres grupos: aquellos “pioneros”, que desarrollaron sus esquemas de protección entre las décadas del veinte y el treinta del siglo pasado, quienes alcanzaron un alto nivel de cobertura de sus servicios y los

mejores indicadores sanitarios de la región – esperanza de vida, mortalidad infantil entre otros –; en segundo lugar se encuentran los países “intermedios”, quienes para los ochenta habían alcanzado un nivel medio de cobertura; y finalmente los países “tardíos”, que contienen los peores niveles de cobertura, pero dado lo reciente de la creación de sus sistemas de atención, los mismos presentaban menos problemas financieros que los anteriores (Mesa Lago, 2008). En el siguiente cuadro, se presentan estas categorías con los países asociados a las mismas.

**Cuadro 10. Sistemas de Seguros Sociales en América Latina**

Tipos de Sistemas de Seguros Sociales en América Latina	Países
Pioneros	Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguay
Intermedios	Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú, Venezuela
Tardíos	El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana

Fuente: Elaboración propia en base a Mesa Lago (2008).

Como alternativa a esta tipología, aparece la clasificación propuesta por Londoño & Frenk (1995) quienes elaboran su tipología a partir de cómo los diferentes países posicionan sus servicios de salud a partir de dos dimensiones: la integración de las diferentes poblaciones, que se puede dar mediante una integración horizontal o mediante la segregación de las mismas; y la integración de las funciones institucionales que debe asumir todo sistema de salud – integración vertical de funciones o por el contrario, separación de las mismas –. Del cruce de estas variables surgen cuatro tipos de sistemas de salud en América Latina: el Modelo Público Unificado, presente en Cuba y Costa Rica; el Modelo de Contrato Público, identificable en Brasil; el Modelo Privado Atomizado, característico de Argentina y Paraguay; y finalmente el Modelo Segmentado, al que pertenecen la mayoría de los países de la región. En el siguiente cuadro se observa la caracterización de estos modelos.

**Cuadro 11. Tipología de los modelos de sistemas de salud en América Latina**

Integración de poblaciones	Integración de funciones institucionales	
	Integración Vertical	Separación
Integración horizontal	Modelo Público Unificado	Modelo de Contrato Público
Segregación	Modelo Segmentado	Modelo Privado Atomizado

Fuente: Londoño & Frenk (1995).

Como se observa en el Cuadro 11, en el Modelo Público Unificado existe un sistema de cobertura pública universal, o como en el caso de Costa Rica, virtualmente universal, ya que en este caso no existen inhibiciones a la existencia de provisión privada. Sin embargo, a diferencia de otros modelos, estos actores privados no reciben ningún tipo de financiación o subsidio de parte del Estado, por lo que deben cobrar lo que efectivamente les cuesta el servicio, y ya no existen tantos incentivos para la existencia de seguros privados, como consecuencia de su elevado costo. En este sentido, probablemente quienes salgan del sistema sean aquellas personas con ingresos muy elevados. En materia de financiamiento, este modelo también se caracteriza por la existencia de un único presupuesto público para el conjunto del sistema.

En cuanto al Modelo Privado Atomizado, una de sus características principales es que su financiamiento se da a partir de pagos directos de la ciudadanía, o mediante la intermediación de instituciones aseguradoras privadas. Uno de los países que más se acercaba al mismo era Argentina, donde a partir del sistema de “Obras Sociales”, de claro corte corporativo, las personas pasan obligatoriamente a formar parte de un fondo según el sector productivo al que pertenezca, careciendo de opciones para cambiar. Por lo tanto no existe competencia entre fondos, y los mismos son los encargadas de contratar a los proveedores que crean conveniente, quienes pueden ser tanto públicos como privados. Otros rasgo característico de este sistema es el control directivo, con gran dosis de autonomía de gestión, de los sindicatos, reforzando así su carácter corporativo.

El Modelo de Contrato Público ha tenido en cambio como principales rasgos, la integración del conjunto de la población a un seguro único de carácter público por un lado, pero por otro, y a diferencia del Modelo Público Unificado, la provisión de servicios no depende exclusivamente de los prestadores públicos, sino que existe un fuerte énfasis en la provisión privada de los servicios. Por lo tanto, la asignación de recursos no se realiza a partir de presupuestos fijos, sino que la misma depende de determinados criterios de productividad fijados previamente, y que, dependiendo de los casos, podría incorporar también cuestiones asociadas con la calidad de los servicios. Al igual que en el modelo anterior, la ausencia de un rol activo del Estado en materia de integración de servicios y regulación puede determinar una fragmentación de las prestaciones de acuerdo a tipos de población.

El último modelo, el Segmentado, es el más característico de la región como ya fue mencionado. En estos sistemas, la cobertura está justamente segmentada en tres grandes bloques que responden a diferentes grupos socioeconómicos: un subsistema privado dedicado en buena medida a los sectores de ingresos medios-altos y altos de la población; un subsistema apoyado en las contribuciones a la seguridad social prevaleciente entre los sectores medios y los trabajadores formales; y finalmente, un

subsector público a cargo de los Ministerios de Salud, que tienen como principal población a los sectores pobres y pertenecientes a la economía informal. Cada subsistema presenta en su interior las diferentes funciones de los sistemas de salud – financiamiento, regulación, provisión – lo que trae aparejado entre otros problemas: duplicación de funciones, desperdicio de recursos, importantes diferenciales de calidad; además del hecho de que presenta al mismo tiempo, tanto los problemas de los Modelos Públicos Unificados con los problemas del sector privado del Modelo Atomizado (Londoño y Frenk, 1995) por ejemplo en relación a la libertad de elección.

Presentadas estas dos tipologías, cabe decir que a efectos de este trabajo, se priorizará la utilización de la desarrollada por Londoño & Frenk, debido fundamentalmente a que la misma aporta mayores elementos para el análisis, y puede contribuir además a la comprensión de algunos cambios producidos en los diferentes casos. Si bien el rendimiento descriptivo de la tipología ensayada por Mesa Lago es indudable, lo cierto es que la misma aparece como demasiado estática, en el sentido de que el punto de arranque del sistema no permite ahondar demasiado en particularidades específicas de cada experiencia nacional.

A continuación, se presentarán las diferentes reformas en el sector sanitario que se han producido en la región a partir de la década del ochenta, ilustrando las mismas a partir de la revisión de una serie de casos concretos: Brasil, Chile y Colombia. Dichos casos fueron elegidos en primer lugar, a partir de la consideración de cuestiones como la orientación de la reforma llevada adelante, como forma de dar cuenta de la heterogeneidad de la región; al tiempo que también se pretendió caracterizar algunos de los diferentes tipos de sistemas de salud presentados por Londoño & Frenk.

#### **VI.4.2. Caracterización de los sistemas de salud previos a las oleadas de reformas**

En materia de reformas en el sector sanitario, América Latina no ha sido la excepción en relación a otras regiones, sobre todo a partir de la década del ochenta, cuando los embates de las reformas neoliberales llegaron a prácticamente todos los países de la región, dicha influencia se llevó adelante en buena medida a partir de una fuerte incidencia de Organismos Financieros Internacionales (OFIs). De hecho, para el caso latinoamericano, muchas reformas en el sector salud pueden ser enmarcadas en procesos más amplios de reforma o modernización del Estado (Infante et al, 2000). Particular relevancia en el sentido de aportar un discurso y un modelo particular de reforma en el sector, tuvo el documento “Investing in Health” del Banco Mundial, publicado en el año 1993.

Hacia comienzos de los años ochenta, en pleno auge de los cuestionamientos al rol del Estado en la provisión de bienestar y a los modelos de desarrollo keynesianos o



desarrollistas, el sector salud no estuvo ajeno a los mismos. Existía un consenso generalizado entre diversos actores – políticos, técnicos, trabajadores y usuarios – acerca de la necesidad de imprimir reformas en los sistemas de atención sanitaria existentes, porque los mismos generaban cada vez mayor descontento entre los usuarios, se palpaba una continua pérdida en la calidad de los servicios ofrecidos, y los mismos no llegaban a cubrir al conjunto de la población. Sin embargo, si comparamos en una primera instancia las reformas de los sistemas sanitarios con las reformas en los sistemas de seguridad social en la región, se puede observar cómo las primeras tuvieron un carácter mucho más moderado que las segundas, y por ende, cómo sus cambios han sido mucho más graduales.

Así, en líneas generales, en diferentes partes del mundo los objetivos de las reformas parecían estar claros: mayor eficiencia en la utilización de los recursos, controlar el aumento constante de precios de los medicamentos y algunos tratamientos, entre otros. Pero América Latina presentaba además otros problemas agregados a los ya mencionados, que la diferenciaba de otras regiones: la falta de cobertura y atención a importantes segmentos de la población y la enorme heterogeneidad entre regiones al interior de un mismo país. En este sentido, el acceso universal a la atención médica estaba lejos de ser un derecho social efectivo (Fleury, 2001). Esto ocurría, aunque claramente en menor medida, incluso en países con sistemas de protección social amplios e institucionalizados desde el punto de vista comparado como el uruguayo o el chileno. En este sentido, cabe resaltar nuevamente que existe una relación importante entre cobertura del sistema de salud y estructura general del régimen de protección social, ya que los mejores niveles de cobertura se encuentran en los países con regímenes de Universalismo Estratificado.

A modo de síntesis se puede decir, siguiendo a Fleury (2001) que el sector salud en Latinoamérica se caracterizaba antes de estas reformas por: estratificación y/o exclusión de ciertos grupos de población; base financiera estrecha y frágil basada en los aportes salariales a la seguridad social; red muy concentrada de servicios; administración centralizada e ineficiente; orientación del sistema hacia la atención secundaria (hospitalaria) en vez de apoyarse en la medicina preventiva y la atención primaria; variado espectro de actores con fuertes intereses y capacidad de presión; y fragmentación institucional, que por ejemplo se advertía en la mayoría de los casos en una estructura de prestadores de servicios tripartita, compuesta por un subsector privado donde mayormente se atienden los sectores de mayores recursos, un sector de aseguramiento social utilizado fundamentalmente por los sectores de trabajadores formales, y finalmente un subsector público centrado en las personas de menores recursos y excluidos del mercado formal de trabajo.

De modo que el reto para estos países era el de imprimir cambios estructurales que implicaran entre otras cosas, una importante incorporación de población al sistema – en su mayoría pobre o excluida – en términos de acceso a los servicios de atención, con la dificultad agregada de que la misma se debía producir en un contexto de fuerte presión interna y externa por la reducción de los gastos públicos en pos de estabilizar la economía, que abogaba por un cambio en el esquema de financiamiento y un incremento en la eficiencia de las prestaciones (Maceira, 2007; Fleury, 2001).

Se observa claramente cómo, además de los objetivos sociales de cobertura, equidad y calidad; la gran mayoría de los procesos de reforma iniciados en la década del ochenta que se han impulsado en la región han tenido como objetivos prioritarios algunas cuestiones de corte económico que impactarán directamente en los objetivos sociales, muchas veces de forma contradictoria: a- mantener el equilibrio financiero del sistema, evitando el aumento de costos del mismo; b- establecer un principio de equivalencia entre contribuciones y beneficios como incentivo para una mayor afiliación y pago de las contribuciones o impuestos; c- reemplazo total o parcial de los monopolios estatales o de seguros sociales por formatos de aseguramiento, financiamiento y provisión privados y asociados a procesos de descentralización y de separación de estas funciones de las de regulación que permanecen bajo responsabilidad estatal; d- desarrollo de mercados de aseguradores y proveedores, promoviendo la competencia entre los mismos (Mesa Lago, 2008).

153

---

Es en este momento que entran en escena los OFIs, quienes vieron en el contexto de la crisis una buena oportunidad de imprimir en estas reformas su propia lógica, a través del condicionamiento de la entrega de los préstamos a la realización de determinadas reformas. Si hay que aumentar la cobertura y mejorar los servicios, pero el sector público no tiene la capacidad financiera de hacerlo, solo quedan como soluciones posibles el mercado y la sociedad civil. El proyecto neoliberal para el sector salud no variaba mucho de los cambios propuestos en otras áreas: la función del gobierno es la de regular y la provisión de servicios debería quedar restringida a los actores privados (Homedes & Ugalde, 2005). En este sentido, una de las formas más utilizadas para reorientar la afiliación del sector público al privado se dio a través de sustituir a nivel de financiamiento el subsidio a la oferta por subsidios a la demanda (Sojo, 2000).

El problema surge cuando estos cambios se aplican en un área como la de la atención sanitaria, donde el Estado posee la responsabilidad de asegurar ciertos niveles básicos de cobertura a toda la población – en tanto bien público – como se presentó anteriormente. Con motivo de evitar la selección adversa de los proveedores privados, porque ciertos colectivos no son “rentables”, incluso en un sistema fuertemente desregulado y privatizado, estos proveedores dependen en gran medida de los subsidios estatales. De modo que este Estado Neoliberal que se proponía construir en

materia sanitaria, actuaría claramente a favor de las empresas, ya que se les estaría transfiriendo ingentes cantidades de recursos, al tiempo que la función de regulación del sistema no podría ser desarrollada convenientemente por los gobiernos – más allá de la voluntad política o no de los gobernantes de turno – ya que en ese momento, y en buena medida todavía al día de hoy, los Estados latinoamericanos carecían, y carecen, de las capacidades institucionales y políticas necesarias para ejercer dicho contralor.

#### **VI.4.3. La propuesta de reforma sanitaria del Banco Mundial**

Pero sin lugar a dudas la mejor caracterización de este tipo de reforma se puede encontrar en el propio documento del BM del año 1993. Este reporte mundial centrado en la situación de los diferentes sistemas de salud en el mundo, separa a los países de acuerdo a los niveles de renta (alta, media y baja). Dicho documento es muy claro en su posición respecto al rol del Estado y la mejor forma de reorganizar los sistemas de atención sanitaria. En primer lugar, se identifican como principales problemas la mala asignación de los recursos existentes al interior del sistema, provocando por ejemplo que se dedique más presupuesto para intervenciones de baja rentabilidad, que a aquellas de alto retorno<sup>16</sup>. En segundo lugar, se señala la inequidad, producto de que los sectores más pobres de la población o bien carecen de cobertura, o bien reciben atención de baja calidad, fundamentalmente debido a que el gasto público en salud está centrado en financiar intervenciones en el nivel terciario, y a subsidiar seguros privados. La ineficiencia del sistema es el tercer problema, dada por la compra de medicamentos patentados en lugar de los genéricos, escasa motivación del personal involucrado en la atención, y camas de hospital subutilizadas entre otros factores. Finalmente, aparece la explosión de costos, fundamentalmente como consecuencia del incremento en el número de profesionales y las mejoras tecnológicas que implicaron grandes aumentos en la cantidad de estudios, análisis y tratamientos marcados (BM, 1993).

El reporte señala una serie de objetivos centrales de políticas que deberían seguir los diferentes gobiernos para organizar las reformas de los sistemas de salud. Dentro de los principios estrictamente relacionados con el sector salud – ya que uno de los puntos incluía cuestiones “del ambiente” como alcanzar mayores niveles de crecimiento económico, invertir más en educación y promover los derechos de las mujeres – se destacan la necesidad de mejoras en el tipo de inversión pública en salud y la promoción del involucramiento del sector privado. Para poder ejemplificar mejor estos cambios, se torna conveniente repasar los énfasis de reforma que el documento realiza para los países de renta media, donde se encuentran los casos que estamos

---

<sup>16</sup> Las cirugías para la mayoría de cánceres son ejemplos del primer caso, mientras que las intervenciones relacionadas con enfermedades de transmisión sexual o la tuberculosis serían ejemplos del segundo caso (BM, 1993).

revisando en este trabajo. Pero antes, es necesario partir de una propuesta que vertebra estas reformas, que es la existencia de “paquetes básicos” de atención, dirigidos esencialmente a los sectores más carenciados de la población, quienes en muchos casos carecían de cobertura (BM, 1993).

Por un lado, se plantea la reducción de los subsidios existentes para aquellos colectivos mejor organizados, como las corporaciones. Esto se resolvería entre otras cosas a partir del cobro de la totalidad de los costos de todas las acciones que se encuentren por fuera de los paquetes básicos de servicios; el recorte de las deducciones a las contribuciones sociales; y en los casos en los que los seguros sociales no contengan a la totalidad de la población, los subsidios a dichos seguros deberían ser eliminados. Por otra parte, estos países deberían promover una extensión de los asegurados, y esto se podría alcanzar mediante la universalización del paquete básico, lo que habilitaría que los recursos públicos se focalizaran en los más pobres. Garantizado el aseguramiento, el siguiente paso consistiría en habilitar diferentes opciones para los consumidores, por ejemplo a través del fomento de la competencia entre proveedores a partir de la existencia de un paquete de servicios prepagos correctamente especificado. Pero existe una dimensión que ninguna de estas reformas debe dejar de tener en cuenta, que es la de la contención de costos. El informe sugiere avanzar hacia esquemas de prepago como mecanismo de contención, ya que a su juicio los copagos no habrían conseguido restringir la utilización de ciertos servicios (BM, 1993).

### **VI.5. Reformas en los sistemas de salud latinoamericanos (1980-2010)**

Lo interesante de esta cuestión, tal cual lo planteaba Immergut entre otros autores, es que a pesar de todos estos factores y presiones comunes, las respuestas de los diferentes países fueron diferentes. Las mismas, desde la perspectiva seguida por este trabajo, están en gran medida explicadas por los diferentes marcos y legados político-institucionales en los que estas reformas se pretendieron implementar. Así, la literatura especializada sugiere una caracterización de tres modelos de reforma de los sistemas de salud de la región, asociados a un caso concreto: dual (Chile), universal (Brasil) o plural (Colombia) (Fleury, 2001). Estos tres casos aparecen de forma repetida en la literatura, aunque no todos los analistas acuerdan en estas diferencias. Por ejemplo Homedes & Ugalde (2005) consideran a los casos de Chile y Colombia como parte de una misma matriz de reformas neoliberales. Este conjunto de países además, comparten de acuerdo a Mesa Lago la particularidad de que sus reformas fueron de carácter global o estructural, en el sentido de que los cambios afectaron entre otras cosas, el relacionamiento entre subsectores, el ingreso de nuevos actores, junto a cierto grado de privatización (Mesa Lago, 2008).

Por otra parte, la literatura también identifica al menos tres oleadas de reformas: aproximadamente entre inicios de los ochenta y mediados de los noventa la primera, a la que se está haciendo mención; hacia finales del siglo XX la segunda; y en los primeros años de la década del 2000, se pueden identificar algunos intentos de tercera oleada de reformas como en el caso de Chile y México (Barba, 2011) y nuevas reformas como la uruguaya, ya que es pertinente remarcar que en las dos décadas anteriores, los cambios en el sistema de salud uruguayo fueron mínimos, aunque como se verá a continuación, en línea con los cambios procesados en la región. En esta tercera oleada, de acuerdo a Barba, el principal objetivo de las reformas es alcanzar la universalización de la cobertura en tanto derecho social (Barba, 2011). En el Cuadro 12, se observan los principales objetivos en cada una de las etapas de reforma, recordando que dichas etapas de ninguna manera son excluyentes para los diferentes casos.

***Cuadro 12. Objetivos de las diferentes oleadas de reforma de los sistemas de salud en América Latina (1980-2010)***

Primera oleada de reformas	Segunda oleada de reformas	Tercera oleada de reformas
1. Liberar fondos de los gobiernos centrales para pagar la deuda externa.	1. Combinación de los sectores público y privado.	1- Universalizar la cobertura a los excluidos de los sistemas de seguridad social.
2. Aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población.	2. Establecer beneficios mínimos para toda la población a partir de “Paquetes Básicos obligatorios”.	2- Reformar las leyes generales de salud.
3. Promover la participación comunitaria.	3. Garantizar el derecho a la salud.	3- Reconocimiento de la existencia de un sistema mixto de financiamiento y provisión de los servicios.
4. Búsqueda de eficiencia financiera y administrativa.	4. Cambio en el modelo de atención centrado en la prevención.	4- Reconocimiento al mismo tiempo de las limitaciones del subsector público como proveedor, con la necesidad de que la acción del subsector privado se dé en un marco de cooperación regulada.
5. Promoción de estrategias de mercado (competencia) para mejorar los servicios.		
6. Lograr la separación de las funciones de provisión de servicios, de las funciones de financiamiento.		

**Fuente: Elaboración propia en base a Barba (2011) y Maceira (2007).**

Claramente se observan diferencias significativas entre las oleadas de reforma, en buena medida como consecuencia de que las mismas responden a distintos paradigmas de cambio – uno de corte residual y otro de corte universalista – que se encuentran fuertemente asociados a los principales actores que lideraron los procesos. Mientras que el paradigma residual fue hegemónico durante la primera oleada, con los ministerios de economía e instituciones financieras internacionales como el BM, el FMI o el BID como sus principales promotores; en la segunda oleada, cuando los ministerios de salud adquirieron mayor poder político, promovieron junto con organismos como la OIT, la OPS o la OMS reformas con una visión mucho más

sanitarista y centrada en la cobertura y la garantía de derechos sociales (Barba, 2011; Mesa Lago, 2008). A partir de mediados de los noventa, con la tercera oleada, se podría decir que dichas reformas intentaron en cierta forma de complementar los enfoques anteriores (Maceira, 2007). Por otro lado, continuando con el papel de los diferentes actores en estos procesos, los colectivos de médicos y demás trabajadores del sector sanitario realizaron en prácticamente todos los casos una firme oposición a los cambios propuestos – sobre todo en aquellas reformas más residuales – aunque incluso en los procesos más universalistas el actor médico ha sido el principal defensor del statu quo, signado por los esquemas híper fragmentados.

Debido al importante grado de heterogeneidad entre los diferentes países en términos de cobertura, rol del subsector público, existencia o no de seguros sociales; a continuación se presentarán las principales características de las reformas de tres casos característicos de los tipos de reforma identificados, con la intención de construir un marco regional en el cual insertar la reforma uruguaya y así identificar diferencias y similitudes con dichos procesos.

#### **VI.5.1. La reforma de la salud en Chile**

Casi sin lugar a dudas, Chile fue el país de la región – junto con el caso de Argentina mientras fue gobernada por Carlos Saúl Menem en los noventa – que siguió más linealmente las recetas neoliberales de los OFIs. Gran parte de las razones de este “éxito” de aplicación se debe a que estas reformas fueron procesadas en un entorno autoritario y fuertemente represivo. Por ejemplo, la normativa que reorganiza al Ministerio de Salud y establece los principales componentes del nuevo sistema es el Decreto Ley 2.763 del año 1979. En materia sanitaria, hasta el golpe de Estado de Pinochet en 1973, Chile poseía un seguro nacional de salud con una cobertura casi universal de la población, y financiada por rentas generales (Homedes & Ugalde, 2005). Desde el año 1981, con la descentralización de las responsabilidades de la atención primaria a las municipalidades, se inició un proceso de reforma estructural que rompió el pacto corporativo existente (Fleury, 2001).

Siguiendo los postulados anteriormente presentados, durante la primera oleada de reformas, se basó en tres principios básicos: un rol subsidiario del Estado en la provisión de servicios públicos; focalización del gasto social; y búsqueda de mayor eficiencia en la asignación de recursos (Celedón & Oyarzo, 1998). De esta manera, el nuevo sistema traspasó gran parte de los recursos hacia los prestadores privados, y dejó la atención de los colectivos más vulnerables como pobres y ancianos en manos del sector público. Otras de las principales medidas implementadas en esta reforma se pueden citar: la separación de funciones de financiamiento, regulación y prestación; focalización de recursos en las prestaciones con mayor indicador de costo-efectividad; subsidio a la demanda para fomentar la competencia – cada beneficiario maneja su

cápita como un voucher –; garantía de acceso igualitario a la salud mediante políticas de información al usuario; descentralización del sector público hacia los gobiernos locales; creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y del sistema nacional de servicios de salud; creación del sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); y municipalización de la atención primaria (Maceira, 2007).

Las claras beneficiarias de este cambio fueron las ISAPREs, que son empresas de seguros privados creadas en dicho período, que ofrecen diferentes paquetes de servicios de acuerdo al nivel de contribución, al tamaño de la familia y la estructura de riesgo del afiliado (Homedes & Ugalde, 2005). Hasta finales de los noventa, estas empresas podían negarles la afiliación a personas con problemas sanitarios crónicos, o considerados “caros”. Además, cualquier individuo al cumplir 65 años, pasaba automáticamente al seguro público. Respecto al subsistema público, el mismo es administrado por el FONASA que recibe los fondos mediante traspasos presupuestales del Ministerio de Salud. Por otra parte, también mantienen como característica que los planes – contratos – firmados entre los usuarios y las empresas son renovables año a año. El impacto de esta medida es netamente favorable a las empresas, ya que esto le permite ajustar periódicamente los precios y contenidos del acuerdo, facilitando por lo tanto la selección de riesgo (Sojo, 2000).

El retorno a un régimen democrático, y la llegada al gobierno de una coalición de partidos de centro-izquierda (La Concertación) no implicaron para el sector salud, ningún tipo de reforma estructural de la organización existente. Por el contrario, las principales medidas de los primeros gobiernos tuvieron la intención de promover iniciativas que mejoraran el acceso de la población a los servicios de salud – sobre todo a las personas más pobres –, mejorar la gestión de los recursos existentes, y promover mayor equidad en los servicios recibidos (Celedón & Oyarzo, 1998). Pero las medidas que pretendieron avanzar hacia estos objetivos no variaron demasiado en los instrumentos utilizados: se continuó con la descentralización administrativa y de separación de las funciones de aseguramiento, regulación y provisión; y también se siguió promoviendo al régimen de ISAPRES. *“...la mantención del modelo dual heredado que opera bajo lógicas distintas mantiene un conflicto permanente de valores en el ámbito de la seguridad social en salud, esto es, coexiste un esquema individualista que privilegia la libertad de elección por sobre la equidad y un esquema solidario de reparto.”* (Celedón & Oyarzo, 1998)

Ninguno de estos cambios parece haber contribuido a una mejora en los niveles de equidad y acceso del sistema. Por ejemplo, hacia mediados de la década del 2000, únicamente un 22% de los chilenos estaba afiliado a alguna ISAPRE, mientras que dicho colectivo utilizaba cerca del 43% de los gastos en salud (Homedes & Ugalde, 2005). Es decir: existe una concentración de la utilización de los servicios médicos

justamente en la población que menos lo necesita: los más ricos, más jóvenes, más sanos. La existencia de altos copagos limita notoriamente la utilización del sistema por parte de los más pobres. Este hecho demuestra que la universalización de la cobertura no implica necesariamente la existencia de un derecho provisto de forma universal.

Finalmente, a nivel de la gestión del sistema, la débil presencia del Estado en materia de regulación, lleva a que por ejemplo hacia fines de los noventa, el 77% de los afiliados a alguna ISAPRE estaban concentrados únicamente en cinco instituciones (Fleury, 2001). Dicha regulación y supervisión de la competencia entre aseguradores y prestadores se encuentra a cargo de una Superintendencia creada también durante la dictadura, y que con la llegada de los sucesivos gobiernos democráticos se ha fortalecido de forma continua. Este punto no deja de tener mucha importancia dado el discurso pro competencia existente, que termina cediendo ante los hechos: los bienes públicos sin regulación tienen tendencia a la existencia de prácticas monopólicas. Además, las supuestas bondades de la competencia sobre la eficiencia en la utilización de los recursos se caen cuando la misma está mediada por los importantes subsidios del sector público. Así, también en Chile los costos administrativos de las empresas privadas eran de un 18%, mientras que los del sector público correspondían a un 1,8% de sus gastos totales.

En este contexto, la segunda oleada de reformas sobre mediados de los noventa se centró de forma importante en cuestiones asociadas a la gestión del sistema. En este sentido, gran parte de las medidas tuvieron como objetivo mejorar la eficacia y eficiencia del subsistema público, pero con la particularidad de que estas medidas en ningún momento pretendían modificar la arquitectura básica del sistema existente (Sojo, 2000). Así, debido a las grandes diferencias entre municipalidades, se comenzó a presentar el hecho de que las mismas muchas veces tendieron a enviar a los usuarios a los hospitales, que todavía seguían siendo financiados por el presupuesto ministerial a nivel nacional. De esta manera, se puede observar cómo si bien las diferentes unidades – municipalidades en este caso – pueden llegar a ser muy eficientes en la gestión de sus recursos; lo cierto es que el sistema en su conjunto no lo es, ya que mediante diferentes mecanismos las partes logran externalizar sus ineficiencias.

En el año 2000, durante el gobierno de Ricardo Lagos (Partido Socialista) se comenzó a promover una serie de cambios en el sector, que tomó carácter legislativo en el año 2002, cuando se presentaron cinco proyectos de Ley referidos a: derechos y obligaciones de los pacientes; financiamiento; autoridad sanitaria y gestión; modificaciones a la Ley que regulaba las ISAPRES; y el establecimiento de un régimen de garantía en salud (Bastías & Valdivia, 2007). Este último punto consistió en la principal política del gobierno, y la misma perdura hasta el día de hoy. Originalmente, el hoy Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) fue denominado plan AUGE



(Acceso Universal a Garantías Explícitas). Esta iniciativa tuvo como objetivo garantizar niveles mínimos de equidad, a partir de la definición legal de derechos de los usuarios vinculados al acceso, la calidad, la oportunidad – plazos para acceder a los servicios – y la protección financiera, de las prestaciones sanitarias (Bastías & Valdivia, 2007). La intención con este plan es evitar la selección de riesgos que naturalmente tiende a producir el esquema existente, además de tender a cierta nivelación de los servicios ofrecidos por los distintos prestadores.

### VI.5.2. La reforma de la salud en Brasil

En la década del setenta, antes de la reforma del año 1988 que estableció un nuevo sistema de salud, las competencias en materia de atención sanitaria se encontraban centralizadas en el gobierno federal. Allí, el financiamiento se canalizaba a través de contratos con el sector privado, y las fuertes inequidades eran la regla, ya que entre otras cosas, grandes porciones de la población no tenían ningún tipo de acceso a la atención médica (Falleti, 2010). Con el golpe de Estado de 1964 y la instauración de una dictadura militar, las principales medidas en el sector salud implicaron una integración de los diversos esquemas de seguridad social existentes, al tiempo que se extendió la cobertura a partir de la priorización del sector privado. Dicha integración, que había sido rechazada por diversos sindicatos anteriormente, tuvo como resultado una igualación de la atención de los sectores formales de la economía brasileña. Respecto a la ampliación de cobertura, en el año 1971 se garantizó el acceso a la atención sanitaria a la población rural, los desempleados y los autónomos; lo que implicó que la población legalmente cubierta pasara de un 9% a un 90% (Falleti, 2010).

---

160

Anteriormente, durante la década del sesenta, y bajo la presidencia de João Goulart, comenzó a formarse en Brasil un importante movimiento social entre los diversos actores vinculados al sector salud, en su mayoría de izquierdas, conocidos como “sanitaristas”, que tenía como objetivo principal avanzar hacia la unificación del fragmentado sistema de atención existente hasta entonces; además de pretender la generación de espacios de democracia efectiva dentro del proceso de toma de decisiones del sector (Fleury, 2001). Esta reforma terminó siendo plasmada finalmente con la reforma constitucional de 1988, donde entre otras cosas se terminó definiendo a la salud como un derecho de ciudadanía que era deber del Estado. Para este resultado, fue fundamental la participación de los Sanitaristas ya que, aprovechándose de los cambios implementados por la dictadura, lograron poco a poco cooptar importantes espacios de decisión y sentar las bases del nuevo sistema. *“In a sense, the sanitarista movement acted as an “ideological guerrilla”, as part of subversive elite”*. (Falleti, 2010)

Los principales componentes de esta reforma fueron: el reconocimiento de la salud como derecho de ciudadanía; acceso igualitario de los servicios; la incorporación de la

salud dentro del sistema de bienestar social; la existencia de una única autoridad pública para cada nivel del sistema, consolidando además la integración de los tres niveles de gobierno; una concepción de salud integrada e integral; y la generación de espacios de control y participación social para cada nivel descentralizado (Fleury, 2001). Este último punto, la participación social, es uno de los puntos más importantes e innovadores de este sistema, sobre todo considerando las dimensiones territoriales y poblacionales de Brasil. En este sentido, existe una red de 5.000 Consejos Municipales de Salud, 27 Consejos Estatales de Salud, y un Consejo Nacional de Salud, donde participan aproximadamente 100.000 personas en carácter voluntario (Becerril et al, 2011).

Es que el sistema tomó como principal aspecto la gestión descentralizada del sistema, poniendo gran responsabilidad en las municipalidades – atención primaria y secundaria – quedando como responsabilidad del gobierno federal la atención terciaria y el diseño general del sistema. Sin embargo, esta supuesta total descentralización, que entre otras cosas habilita a las municipalidades a recolectar y distribuir los recursos disponibles; cuenta con la limitante de que aproximadamente el 70% de los recursos son provistos por el gobierno nacional (Fleury, 2001). El punto que no logró ser incluido en esta reforma por parte de los Sanitaristas fue el de la instauración de un sistema único de carácter estatal, fundamentalmente como consecuencia de las presiones de los actores privados del sistema.

161

---

Con el correr de los años, este sistema no fue capaz de alcanzar sus principales objetivos, entre otros factores por el carácter pro cíclico del presupuesto; que determinó una caída importante de los recursos disponibles para efectivamente consolidar un sistema universal. Por el contrario, el nuevo sistema terminó focalizándose en la atención de los sectores más pobres de la población – casi el 70% - al tiempo que desde los gobiernos se ofrecían señales contradictorias ya que mientras levantaban la bandera de un sistema único, ofrecían deducciones fiscales para aquellos que se pasaran a un seguro privado (Fleury, 2001). Otros autores como María Domínguez e Isabela Soares también enfatizan cierto carácter regresivo en la forma de financiamiento del sistema de salud en Brasil, fundamentalmente debido a la estructura de aportes al sistema público mediante impuestos y contribuciones a la seguridad social por un lado, y al peso del financiamiento público en el conjunto del sistema (Domínguez & Soares, 2007).

Así, estos autores concluyen que el Sistema Universal de Salud en Brasil es progresivo para los tres deciles más pobres, regresivo para los deciles de mayores ingresos, y proporcional para el resto de la población. Por otra parte, a diferencia de otros casos en los que la atención sanitaria también está definida como un derecho constitucional, la estructura del gasto en relación al peso del Estado es mucho menor. Mientras que

en países como el Reino Unido o Suecia – con SNS – casi el 80% de los recursos son públicos y recolectados a partir de rentas generales; el sector público de Brasil sólo aporta el 44%, con el agravante en términos de equidad del sistema que el aporte privado se basa especialmente en pagos directos por parte de los usuarios (Domínguez & Soares, 2007).

Si bien en los últimos años se ha intentado avanzar hacia un rol más activo del Estado, sobre todo en materia de regulación de la calidad de los servicios y en la producción de medicamentos genéricos para tener una menor dependencia de las demandas del sector farmacéutico, lo cierto es que la composición del sistema de salud actual se encuentra estratificado de acuerdo la capacidad de pago de los individuos. De cualquier manera, estos hechos no han impedido que durante los dos períodos de gobierno del Partido de los Trabajadores (PT) liderado por Lula Da Silva, se hayan producido algunos intentos por atenuar estas distorsiones en el sistema, sobre todo a nivel de financiamiento. En primer lugar, se ha reducido el peso de los aportes del gobierno federal en el financiamiento de la red pública, que pasó del 70% antes mencionado a un 50,7% en el año 2004, mientras que los estados aportaban un 26,6% y los municipios un 22,7% de los recursos. Por otra parte, en el año 2008 se aprobó en el Senado una norma que estableció que el gobierno federal debería destinar al menos un 10% de los ingresos al SUS, como forma de evitar el sub financiamiento del sistema público (Becerril et al, 2011).

En su segundo período, el gobierno de Lula lanzó un programa denominado “Programa de Aceleración del Crecimiento” para el período 2008 – 2011. Entre sus diferentes componentes, en materia de salud se diseñó el programa “Más Salud: derecho de todos”, cuyos principales ejes de intervención fueron: avanzar en la implementación del sistema de salud universal, igualitario e integral; consolidar acciones de promoción de la salud e intersectorialidad; profundizar la regionalización y la participación social; y eliminar el sub financiamiento del SUS (Becerril et al, 2011).

### **VI.5.3. La reforma de la salud en Colombia**

Desde mediados de los ochenta, Colombia inició un proceso de descentralización estatal bastante amplio, que entre otras áreas incluyó a la salud. Así, en 1990 se habilitó por Ley (Ley 10) la posibilidad de que las municipalidades comenzaran a proveer la atención primaria, mientras que los gobiernos provinciales asumieran la atención del segundo y tercer nivel (Fleury, 2001). Sin embargo, no fue hasta 1994 cuando se lanzó una reforma de la salud que tuvo como principales directivas: cobertura universal de la atención básica en el marco de un sistema de seguridad social solidario y con una reasignación eficiente de los recursos (Fleury, 2001), superar formas tradicionales de gestión e integrar vertical y horizontalmente los diferentes niveles de atención (Sojo, 2000).

Siguiendo también a Fleury (2001), podemos decir que estos objetivos se pretendían alcanzar a través de la separación entre financiamiento, aseguramiento y provisión: financiamiento como responsabilidad pública y articulación y suministro adjudicadas al mercado. Básicamente, lo que se produce es un cambio en los subsidios, que se trasladan desde la oferta – prestadores – hacia la demanda, otorgándoles a los usuarios libertad de contratación de un seguro.

De este modo, el nuevo sistema es dual, debido a que existen dos regímenes que conviven: uno contributivo, dirigido a trabajadores formales – que aportan un 8% de su salario – y trabajadores independientes – 12% - (Fleury, 2001). El régimen contributivo gira en torno a un Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que paga por usuario una cuota ajustada por edad y sexo, es también el encargado de *“...velar por el equilibrio de recursos y las condiciones de igualdad.”* (Sojo, 2000) Por otra parte, las Entidades Promotoras de Salud<sup>17</sup> (EPS) son las encargadas de la afiliación de las personas, recaudan las cotizaciones, y tienen la tarea de garantizarle al afiliado diferentes opciones de prestadores, que deben garantizar la cobertura de un Plan Obligatorio de Salud (POS).

Por otro lado, existe un régimen subsidiado, dirigido a la población de menores ingresos, pero el paquete de servicios al que estas personas pueden acceder – el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado – es menor en términos de cantidad de servicios garantizados, al POS para los afiliados al régimen contributivo. Este régimen subsidiado es financiado a medias entre el FOSYGA y las diferentes municipalidades (Sojo, 2000). Estos movimientos implicaron entre otras cosas la transformación de los hospitales públicos en instituciones descentralizadas, con el objetivo de que los mismos sean competitivos en el mercado de proveedores.

La consecuencia directa de esta medida fue que ante la necesidad de proveer servicios de atención sanitaria a la mayoría de las personas cubiertas por el régimen subsidiado, estos hospitales comenzaron a generar algunas barreras de acceso, mediante copagos generalmente, a la población más vulnerable que obviamente es la menos rentable. Este hecho ilustra una tensión de este tipo de reformas que también será patente, aunque probablemente con otro carácter, en el caso de la reforma en Uruguay: el tratamiento de los prestadores públicos como un prestador más, en el sentido de que debe competir por afiliados y financiamiento como cualquier prestador privado, se contradice con la obligación de los primeros de garantizar ciertos niveles de cobertura – diferenciales o no – a la población más vulnerable. El punto radica en que, dado el carácter de bien público de la salud, independientemente de las opciones políticas, los

---

<sup>17</sup> Estas entidades pueden ser tanto de naturaleza pública como privada.

prestadores públicos nunca van a poder constituirse en un actor “más”, con los mismos derechos y obligaciones que el resto de prestadores.

Resumidamente, el mayor impacto positivo de la reforma vino por el lado del notable aumento en la población cubierta, mientras que por el lado de los déficits o fallas se pueden citar los problemas asociados con el financiamiento del sistema, la utilización clientelar en la afiliación de algunas familias al régimen contributivo y la segmentación y desigualdades que fortalecen la estratificación existente. Para evitar estos problemas, se vuelve esencial un efectivo ejercicio de parte de las instituciones estatales de sus responsabilidades en materia de regulación de las condiciones de competencia y complementariedad de subsectores. “Cuando la solidaridad y universalidad se promueven en un marco de competencia, como en Colombia, la reforma de la gestión pública debe fomentar relaciones de efectiva competencia y complementariedad entre los sectores público y privado.” (Sojo, 2000)

## VI.6. Recapitulación

A lo largo de este capítulo se ha logrado definir al menos dos tipologías referidas a los diferentes sistemas de salud contemporáneos, tanto en América Latina como a nivel de los países de mayor desarrollo (Wendt, 2009; Wendt et al, 2009; Londoño & Frenk, 1995). La revisión realizada permitió advertir la existencia de importantes diferencias en materia de provisión, aseguramiento, financiamiento y gestión de los servicios de atención sanitaria; y que en buena medida estas diferencias están fuertemente condicionadas por los marcos institucionales existentes, a pesar incluso de la existencia de presiones endógenas y exógenas compartidas en esta arena de política. La adopción de reformas de ajuste y transformación de los esquemas existentes, pone en entredicho el rol jugado históricamente por los diferentes actores del sistema, pero fundamentalmente interpela al Estado y a sus capacidades de adaptación y cambio.

En América Latina, la consolidación en varios países de una estructura de provisión con cuasi mercados, implica inevitablemente que el Estado se vea forzado a desarrollar una serie de capacidades necesarias para hacer frente al nuevo rol de regulador que debe afrontar. En este sentido, el Estado es cada vez menos proveedor directo, y por el contrario cada vez más comprador de servicios a terceras entidades, sean estas de carácter privado o comunitario sin fines de lucro. Ante este nuevo contexto, el vínculo entre Estado y prestadores comienza a efectuarse a partir de la firma de contratos. Pero esta modalidad le plantea al comprador (Estado) una serie de exigencias que debe cumplir: *“...capacidad para analizar necesidades y la efectividad de procedimientos; establecimiento de prioridades; capacidad para traducir prioridades en materia de política social (...) en especificaciones detalladas y en estándares de calidad; capacidad de especificación del producto y de monitoreo del desempeño; control de selección adversa por parte de proveedores...”* (Sojo, 2000).

Para evitar esto último, la selección de riesgos, uno de los mecanismos que fue presentado anteriormente consiste en que las formas de pago incorporen ajustes de acuerdo a los diferentes colectivos de riesgo. Pero independientemente de la implementación de dichos mecanismos, la tendencia de algunas de estas reformas – como la chilena o la colombiana – de consolidar un sistema de salud compuesto por un subsector privado encargado de cubrir tanto a las personas de mayores riesgos socio-sanitarios, como a aquellos que carecen de los recursos económicos necesarios para atenderse vía mercado; incentiva a la selección de riesgos pero también constituye una estructura tributaria de carácter regresivo (Sojo, 2000) ya que entre otras cosas rompe con la coalición de apoyo de cualquier sistema de protección social entre clases medias y grupos vulnerables, desligando a las personas de mayores recursos de los aportes para el subsistema público.

El asegurador que descrema no hace más que desplazar costos hacia otros aseguradores o al sistema público de salud. De este modo, el resultado agregado no representa ganancias en términos de bienestar social (Alonso, 1999). Por lo tanto el sistema no está siendo eficiente – uno de los principales objetivos de las reformas en salud – y esto se debe a que lo que está primando es la eficiencia individual y no la eficiencia sistémica del conjunto de actores involucrados (Narbond, 2003).

En definitiva, buena parte de lo trabajado en este capítulo permitirá caracterizar al sistema de salud existente en Uruguay antes de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud; confrontar los cambios propuestos con las líneas de reforma advertidas en la región y en otros contextos como el europeo; además de aportar elementos para valorar la intensidad y la profundidad de la transformación del nuevo sistema.

## **CAPÍTULO VII. La política sanitaria en Uruguay antes del SNIS (1850-2004)**

### **VII.1. Introducción**

Actualmente en Uruguay y el conjunto de la región, como se dijo en el capítulo anterior, los problemas más importantes a nivel de atención sanitaria se encuentran en el nivel de cobertura de la población y en los niveles de calidad y cantidad de servicios que reciben los distintos segmentos de la población. En este sentido, si bien Uruguay alcanzó de forma temprana en el siglo XX una cobertura bastante amplia de sus servicios de atención sanitaria, lo cierto es que en lo referido a la equidad en el acceso a la atención, la misma tuvo fallos desde el principio, debido entre otras cosas a la convivencia poco armoniosa de tres modelos de atención: público, privado y seguro social (Moreira & Setaro, 2002). Esto se debió a que, a diferencia de lo ocurrido con el resto de servicios públicos en el país donde el Estado jugó un papel fundamental como impulsor y articulador de la prestación; en materia sanitaria fue la sociedad civil, y más precisamente los colectivos de inmigrantes, quienes iniciaron la provisión de servicios de salud.

Fue así como desde finales del siglo XIX fueron apareciendo las primeras sociedades de ayuda mutua que se ocupaban de la atención sanitaria de estos colectivos de inmigrantes – españoles, italianos, británicos – para posteriormente ir ampliando su cobertura hacia el resto de la población. El desarrollo casi autónomo de estas iniciativas se puede advertir desde el hecho de que recién en la década de 1930 se crea el Ministerio de Salud, al que se le otorgan funciones de rectoría del sistema sanitario, y se le adjudica la función de atender a aquellos que no pudieran costear un servicio mutual. Sin lugar a dudas, esta configuración inicial condicionó fuertemente el desarrollo posterior del sistema, así como los intentos de reforma que tuvieron como objeto al propio ministerio.

Si bien en el conjunto de América Latina, y Uruguay no es la excepción, la mayor parte de la cobertura es provista por el Estado, lo cierto es que el sector privado – considerando tanto las instituciones con fines de lucro como las que no lo tienen – ha ido creciendo en peso y diversidad de servicios, sobre todo a raíz de las diferentes formas contractuales que se han ido ensayando con el sector mutual en el caso uruguayo por ejemplo. Esto puede impactar claramente en la igualdad del sistema, ya que entre otras cosas las personas de mayores recursos económicos no tienen incentivos para presionar por mejores servicios a nivel público, por lo que dicho sistema queda estigmatizado como un servicio para pobres. Si bien este factor estratificador ya se encontraba presente en la génesis del sistema sanitario uruguayo;

lo cierto es que el fortalecimiento del sector privado con fines de lucro no hace más que reforzar esta diferencia.

Con estos problemas e inequidades, sumados a la endémica crisis financiera de las organizaciones mutuales, se ha venido hablando de la necesidad y urgencia de reformar a fondo el sistema sanitario, casi sin ningún éxito de parte de los sucesivos gobiernos. De modo que el triunfo del Frente Amplio no implicó la aparición del tema en la agenda, pero sí le otorgó una relevancia política que no había tenido hasta entonces. Por otra parte, a diferencia de los gobiernos anteriores, su propuesta de reforma vino a plantear cuestiones y valores diferentes a las presentadas hasta ese entonces, y es esta una de las razones fundamentales para realizar esta investigación. Los planteos programáticos del Frente Amplio incluyeron cuestiones como la ampliación de la cobertura asistencial al total de la población, desligar las necesidades de atención de la población de la capacidad de pago de las personas, etc. Sin embargo, los procesos políticos y construcciones institucionales tomadas anteriormente condicionaron fuertemente la orientación y materialización de los cambios propuestos, al tiempo que cada retoque institucional o de beneficios implica afectar sin lugar a dudas a un número importante de actores individuales y colectivos, tanto a favor como en contra. La comprensión de este path es fundamental entonces para entender mejor las razones del éxito o fracaso de las distintas iniciativas implementadas en este caso por el gobierno del FA en materia sanitaria.

## **VII.2. Conformación de un sistema de atención sanitaria: mutualismo y primeras intervenciones estatales (finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX)**

Desde la conformación de Uruguay como país independiente a mediados del siglo XIX, se pueden identificar una serie de esfuerzos desde la sociedad civil por cubrir sus necesidades en atención sanitaria – fundamentalmente los sectores con mayores recursos económicos. Así, van apareciendo “...las primeras organizaciones mutuales, basadas en el sistema de prepago y sin fines de lucro. (Estas) Serían administradas de forma cooperativa, los asociados elegían sus propias autoridades, las cuales se encargaban de contratar los servicios médicos para los asociados.” (MSP, 2009) Hasta ese momento, mientras el territorio estuvo dominado por el imperio español, las principales formas de atención de la población vinieron por el lado de la contratación directa o de la caridad provista por las instituciones religiosas. Si bien será explicitado nuevamente en la sección siguiente, parece oportuno consignar que al igual que con el resto de actividades de bienestar en el país, la atención sanitaria fue rápidamente secularizada a comienzos del siglo XX.



Con la creación de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos en el año 1853, el mutualismo comenzó a ser la forma de organización para la provisión de servicios sanitarios más importantes en el sistema de atención de Uruguay durante todo el siglo XX. Este hecho no deja de ser una particularidad del caso uruguayo, ya que no abundan en la experiencia internacional configuraciones de este tipo con el peso del caso uruguayo – probablemente Cataluña e Israel sean ejemplos similares en este sentido.

Por Mutualismo podemos entender a un “...movimiento cooperativo para formar sociedades de ayuda mutua en la industria, la agricultura, seguros, banca, etc. En sentido lato, reconocimiento de la interdependencia recíproca y de la tendencia a la ayuda mutua manifestadas en cualquier forma de colectivismo...” (Pratt Fairchild, 1949 en Kruse, 1994). Más específicamente, una Sociedad Mutual o de Socorros Mutuos será definida como una “...asociación de personas y capitales para el mejoramiento de la condición moral y de la situación económica de sus participantes.” (Anatole Weber, 1908 en Kruse, 1994).

Dentro de las características principales del desarrollo de estas iniciativas, aparece el hecho de que en su mayoría, las nuevas instituciones estaban originalmente destinadas a atender colectivos específicos, esencialmente discriminados por su pertenencia a determinado grupo de inmigrantes como los españoles en la ya mencionada institución, o habilitados por su pertenencia a alguna organización sindical. Sin pretender ser exhaustivo, se puede nombrar a la Sociedad Francesa de Socorros (1854), La Italiana (1862), el Círculo Napolitano (1880) o el Círculo Católico Obrero en 1885 (MSP, 2009). “Las mutuales son institutos de seguridad social en su origen, y lo que hacían era garantizarle al inmigrante un cajón para el entierro, el pasaje a la madre patria, la red de sociabilidad técnica y cultural de sus paisanos, y progresivamente la atención médica en caso de enfermedad y la garantía del seguro por enfermedad. Esta era la lógica por ejemplo de La Española. Después progresivamente se fueron especializando en temas de atención a la salud, y empezaron a desarrollar infraestructura, pero tardíamente en los años cuarenta y cincuenta” (Alto funcionario público 2, 2011).

Dada la importancia de la actividad que estaban asumiendo estas organizaciones y como consecuencia del fuerte desarrollo que estaba teniendo las mismas, el Estado lentamente comenzó a asumir cierta responsabilidad social en materia de salud. Es así como en 1889 se crea la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública mediante una Ley que coloca a la Comisión bajo la órbita del entonces Ministerio de Gobierno, con el objetivo de gestionar a los hospitales existentes. Hasta ese momento, existían cuatro hospitales de caridad: en Montevideo, Paysandú, Salto y Tacuarembó. Dicha organización tenía como cometido “...administrar los hospitales de caridad, para lo cual se le asigna un fondo específico, sustentando mediante tributos a los juegos de

*azar.”* (MSP, 2009) Pero la misma nunca llegó a ejercer dicho rol, e incluso tenía fuera de su alcance a aquellos centros que se destinaban a la exclusiva atención de personal militar. De esta manera, también aquí aparece otro rasgo estructural característico del sistema de salud uruguayo: la separación de la sanidad civil y la militar.

En los años posteriores por otra parte, el Estado fue llegando por un lado a conformar una red de cobertura en el territorio mediante la apertura de hospitales públicos en el interior del país, y por otro, comenzó a desarrollar actividades efectivas de regulación y rectoría del conjunto del sector sanitario entre otras cosas, mediante la Ley 2.408 del año 1895, que creó el Consejo Nacional de Higiene (MSP, 2009). Dicho Consejo, tenía bajo su dependencia jerárquica un Consejo Departamental por cada Departamento del país. Un factor presente en esta configuración institucional que también ha sido característico, ya no solo del sector salud sino de la Administración Pública uruguaya en general, ha sido la centralización de la gestión, ya que lo cierto es que consejos departamentales no tenían ningún margen de autonomía respecto al Consejo instalado en la capital (SMU, 2002).

La integración de este Consejo – 16 miembros con carácter honorario – aporta un elemento fundamental para avanzar en la comprensión del poder y de la capacidad de presión de los diversos actores presentes en cualquier proceso de reforma de este sector. Si bien estos integrantes del Consejo pertenecían a diversas instituciones del Estado, lo cierto es que la capacidad efectiva de decisión estaba a cargo de los siete miembros titulares, quienes eran en su totalidad médicos profesionales (MSP, 2009).

169

Este no es un punto menor y es uno de los problemas que en general se identifican a la hora de procesar reformas en este sector: la autonomía de acción y la capacidad de ejercer puntos de veto a diversas iniciativas a partir del monopolio de un saber técnico tan específico y a la vez tan importante para el bienestar social, ha configurado una lógica médica en la gestión de la política sanitaria que ha sido difícil de transformar. *“Salvo en el caso del mutualismo, los médicos ocuparon todas las posiciones de jerarquía de los servicios (...) Fue por ello que la prédica del SMU contra los mutualistas fue continua, porque en ellas los profesionales seguían siendo simples empleados...”* (Piotti, 1998a).

De esta manera, en el momento histórico en el que se planteó la intervención estatal en materia sanitaria, las autoridades políticas tenían ante sí al menos dos tareas: por un lado, la regulación o control de las sociedades mutuales ya existentes como forma de garantizar ciertos mínimos en la calidad de la atención; mientras que por otro lado se encontraba el reto de iniciar un proceso de expansión de la cobertura sanitaria a los amplios sectores de la población que estaban por fuera del esquema que se

encontraba en funcionamiento<sup>18</sup>, particularmente a las clases medias y a los sectores más carenciados ya que las clases de mayores ingresos ya contaban con atención privada. Por otra parte, también estas acciones coincidieron con el rápido proceso de secularización que vivió el Estado uruguayo en comparación con el resto de la región. Así, para 1906 se habían suprimido todos los crucifijos de los hospitales, sustituyéndose por el escudo nacional (Piotti, 1998a).

Como se irá presentando a continuación, los primeros pasos adoptados por las instituciones encargadas de estos asuntos se orientaron originalmente por un tenue avance en materia de regulación del sector por un lado; pero además se dio por la vía de los hechos la “apropiación” por parte del Estado de la atención de aquellas personas que no tuvieran los medios económicos necesarios de cubrir su demanda de atención médica, dejando la cobertura de las capas medias librada al desarrollo y expansión del sector privado. Este hecho marcó profundamente el rol proveedor del Estado uruguayo y el carácter dual del sistema durante todo el siglo XX, y constituyó una gran diferencia respecto a la actitud tomada en otras áreas de política social como la educación en este mismo período, donde se optó por una universalización de la educación primaria y se le adjudicó un fuerte rol en la socialización y la integración social.

El inicio del siglo XX no ofreció grandes cambios en la materia hasta 1910. Hasta ese momento, los experimentos mutuales y cooperativos se fueron sucediendo a la par del crecimiento poblacional, producto de la gran cantidad de migración, llegando a convivir aproximadamente 300 instituciones de carácter muy variado (MSP, 2009). Pero en 1910, el Estado comienza a adquirir definitivamente mayores responsabilidades en relación a la atención sanitaria de la población, ya que una Ley de ese año – la 3.724, conocida como la Ley de Asistencia Pública Nacional – es la que estableció por primera vez que era responsabilidad del Estado asegurar la atención médica de aquellos que no tuvieran los recursos suficientes para comprar dicho servicio en el mercado.

Con dicho cometido, se creó la Asistencia Pública Nacional – dependiente del Poder Ejecutivo a través de su relación con el Ministerio del Interior – y en la misma norma se introdujeron también las condicionalidades para ser declarado “indigente” que debían demostrar aquellas personas que aspiraran a recibir asistencia gratuita. Así, con el abandono de la caridad como principal mecanismo de atención, lentamente se fue produciendo la efectiva laicidad del servicio sanitario del país. La Asistencia Pública por lo tanto, viene a sustituir institucionalmente a la Comisión de Caridad.

---

<sup>18</sup> Tras el censo de población del año 1908, Uruguay contaba con 1.042.686 habitantes, con un 70,1% habitando en el interior del país y con la siguiente distribución etárea: 41% menor de 14 años; 56,4% entre 15 y 64; y 2,6% mayor a 64 años (SMU, 2002).

La creación de esta institución no estuvo exenta de debate parlamentario, y de fuertes oposiciones por parte de algunos legisladores, particularmente en torno a la centralización de los servicios. En este sentido, algunos de los argumentos contrarios al proyecto giraron en torno a los problemas derivados de estatizar servicios de beneficencia que eran gestionados por comisiones privadas: no se podían “...declarar establecimientos nacionales e incorporar sus fondos a la Asistencia Pública (...) si se hace esto en el futuro no habrá iniciativa privada de este tipo por miedo a la expropiación.”<sup>19</sup>

Por ese entonces, y prácticamente durante la totalidad del siglo XX, el enfoque de atención por excelencia fue el asistencial por sobre el preventivo. Ambas instituciones terminan consolidándose dentro de la estructura estatal a partir de la reforma constitucional del año 1918, a partir de la cual se crean los denominados Entes Autónomos. Si bien ambos Consejos no se incorporan a esta categoría, el articulado de la Constitución les brinda la posibilidad de lograr un salto jerárquico y de autonomía dentro de la institucionalidad del Estado uruguayo<sup>20</sup>. Mientras que el Consejo de Higiene quedó concentrado en funciones relacionadas con la prevención, la Asistencia Pública fue cobrando cada vez mayor relevancia dentro del sistema con el correr de los años, a medida que el perfil asistencial y curativo, junto con la centralidad del Hospital en el sistema, fueron ganando espacio (SMU, 2002).

Pero la coexistencia de dos instituciones encargadas de cuestiones relacionadas con la atención sanitaria fue creando algunos problemas de competencias compartidas. En este sentido, comenzaron a procesarse dificultades en el funcionamiento de ambas instituciones derivadas por un lado de la carencia de espacios de coordinación efectiva de sus actuaciones, y por el otro, de la superposición de tareas y responsabilidades que nadie tenía la potestad para ordenar. Esta situación se veía además agravada por la existencia de otros organismos con obligaciones en materia sanitaria que se encontraban dispersos en el organigrama estatal, y que contribuían a la atomización y fragmentación del sistema.

En lo referido al subsector privado con y sin fines de lucro, a comienzos del siglo XX existían dos formas de provisión de servicios sanitarios: las sociedades mutuales y la atención de consultorios privados. Como en la mayoría de los países, este último esquema fue el preferido y promovido por los médicos (Immergut, 1992) ya que es el que le otorga más autonomía de acción y más márgenes de lucro. De cualquier manera este movimiento todavía era incipiente y centrado exclusivamente en Montevideo. Al

---

<sup>19</sup> Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes del 18 de Junio de 1909, citado en Piotti, 1998a.

<sup>20</sup> Sección XI de la Constitución de la República Oriental del Uruguay. Entre otras cosas, establece que la administración del Correo, los Puertos y las Aduanas, junto a la Salud Pública, no podrán ser descentralizados como Entes Autónomos, aunque los mismos podrán tener diferentes grados de autonomía mientras el mismo sea compatible con el contralor del Poder Ejecutivo (Art. 186).

año 1908, 105.000 personas se atendían de forma particular, 45.000 estaban afiliados al sistema mutual, y la gran mayoría – 892.500 – se atendían en la Asistencia Pública (SMU, 2002).

A nivel institucional, a partir de la década del veinte del siglo pasado se comenzó a discutir a nivel político la posibilidad de crear un Ministerio de Salud Pública. La primera propuesta surgió por el Doctor Joaquín de Salterain – miembro del Consejo Nacional de Higiene, también fue Senador y Diputado por el Partido Colorado – en 1921, que consistía básicamente en la creación de un ministerio que fusionaría los consejos de Higiene y Asistencia. Sin embargo recién en 1926 y 1927 se presentaron en la Cámara de Diputados dos proyectos de Ley que establecían la fusión de ambas instituciones. Ninguno fue aprobado.

Fue recién con la Ley 8.766, de 1931, donde se estableció la creación del Consejo de Salud Pública a partir de la fusión de los dos consejos. El mismo quedó compuesto por siete miembros designados por el Poder Ejecutivo, y no se requería el título de médico para formar parte de él, ya que se pretendió priorizar el control político por sobre el técnico. Esta característica no fue excepcional, sino que respondió a un movimiento general del Estado de reorganización de los Entes Autónomos (Ley 8.765). Pero a pesar de este impulso, las reglamentaciones necesarias para que el Consejo de Salud Pública funcionara nunca llegaron a aprobarse.

Otra de las propuestas surgidas fue promovida por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) en la que se proponía crear un seguro de enfermedad que sería administrado por el Banco de Seguros del Estado (BSE), inspirándose por la experiencia alemana de seguros sociales. En este sentido, se presentó un proyecto de Ley en 1931 por el propio director de los servicios médicos del BSE (SMU, 2002).

Dentro de las cuestiones estructurales que históricamente han aquejado a la salud en Uruguay, además de las ya mencionadas se puede señalar la crisis financiera del sistema. Así, cuando en el año 1933 el Poder Ejecutivo creó la figura de “Ministros sin cartera”, dentro de los que se encontraba el Ministro de Salud Pública, uno de sus principales cometidos fue la realización de un ajuste administrativo y financiero de sus servicios (SMU, 2002). Dichas tareas fueron forjando las características del nuevo Ministerio de Salud Pública, que se terminó por crear en la Ley 9.202 del año 1934. Dicha norma, denominada Ley Orgánica de Salud Pública, es considerada la Ley de creación del MSP.

### VII.3. El rol del Ministerio de Salud Pública en la primera mitad del siglo XX

Esta Ley fue aprobada bajo un régimen autoritario que había llegado al poder en el año 1933. Este golpe de Estado – el primero del siglo XX en el país – a diferencia de lo que ocurriría con la dictadura de la década del setenta, no fue liderada por actores ajenos al sistema político como los militares: si bien durante este período los partidos políticos fueron en líneas generales perseguidos, también gran parte del apoyo al golpe de Estado provino de importantes figuras partidarias (Caetano & Rilla, 2004). La nueva Constitución aprobada en 1934 vino a consolidar la voluntad de una parte de los principales grupos de poder del país de poner un freno al reformismo liderado por las corrientes batllistas que hasta ese entonces habían gobernado; consolidando así las fuertes divisiones ya reseñadas entre las fracciones de los principales partidos políticos: intervencionistas versus liberales, batllistas versus antibatllistas, etc. Pero por otra parte, pesar de la nueva institucionalidad existente en materia de atención sanitaria, la nueva Constitución del año 1934 no consagró el derecho a la atención sanitaria, como tampoco lo hicieron las reformas constitucionales posteriores.

Además de la creación del MSP, durante este período también se sucedieron otros cambios como la unificación de las tres cajas de seguridad social existentes –de Industria, Comercio y de Servicios Públicos – en una Caja de Jubilaciones de gestión corporativa; al tiempo que en líneas generales el conjunto de políticas sociales del período fueron perdiendo el espíritu universalista de algunas de las iniciativas anteriores, concentrándose en cambio en reforzar las desigualdades estructurales existentes, y en alcanzar un mayor control por parte del Estado de las diferentes organizaciones sociales existentes (Filgueira et al, 2004).

Además de la fiscalización, la normativa le agregaba a la nueva institución los cometidos de reglamentación y contralor de las instituciones privadas de asistencia, así como también la necesidad de comenzar a generar instancias de educación sanitaria para la población. Con este esquema, el Ministerio comienza a consolidar su doble rol dentro del sistema: fiscalizador y regulador por un lado, y proveedor por el otro. Sin embargo, la iniciativa no contó con el apoyo de los médicos debido a su exclusión de los ámbitos en que se fue elaborando el proyecto, así como también como consecuencia de que el contralor de la labor de los mismos no estaría implementado por profesionales médicos (SMU, 2002).

El informe de la Comisión Legislativa Permanente aporta elementos que ayudan a comprender la motivación existente para crear este nuevo ministerio: *“La iniciativa (...) estabiliza y confiere la dirección de los mismos (servicios de asistencia e higiene), a la gestión del Poder Ejecutivo. (...) La autonomía que para los servicios de asistencia e higiene había creado la Constitución de 1917 y la fusión que de los mismos había prescripto la ley de 15 de Octubre de 1931, desaparece con la nueva reorganización*

*que traerá aparejada una acción más centralizada, más decisiva, más rápida, más eficiente...*<sup>21</sup>. De esta manera, se observa claramente la vocación centralizadora de la institucionalidad pública, como garantía de coherencia de acción y mayor liderazgo político. Estos postulados se encuentran totalmente afines a las ideas hegemónicas de la época.

Otra precisión importante que se desprende de la lectura del acta mencionada, es una distinción entre diferentes roles de los ministerios de ese entonces: *“Con la nueva organización de los servicios de asistencia e higiene, el Ministerio de Salud Pública adquirirá toda la jerarquía que debe tener, pero no como un Ministerio político, sino como un Ministerio técnico...”*<sup>22</sup>. Resulta interesante observar esta cita a la luz de los debates en torno a los límites en los roles entre los políticos y los técnicos, y en este caso en particular, esta opción tomada se podría llegar a explicar por el lado del perfil autoritario del gobierno de la época.

Creado el Ministerio, su diario accionar “arrastraba” los mayores esfuerzos – tanto temporales como de recursos – hacia las funciones de atención sanitaria directa, en detrimento de las funciones de rectoría, planificación y control de los prestadores (MSP, 2009). La década del cuarenta vio aparecer los primeros Centros de Salud, quienes comenzaron a orientarse hacia la prevención y por lo tanto, hacia el primer nivel de atención, pero desde el inicio de los mismos, estos fueron considerados como “asistencia para pobres” no sólo en lo relativo al perfil de las personas atendidas, sino también desde los propios prestadores de salud, debido a que las retribuciones de los profesionales que trabajaban allí en ese entonces se encontraban muy por debajo de las retribuciones percibidas por los trabajadores del sector privado (MSP, 2009). Estas cuestiones entre otras son las que desde el inicio fueron conformando una debilidad estructural del MSP como órgano rector y coordinador de la atención sanitaria del país.

Hasta ese momento, las sociedades mutuales se organizaban a partir de un plantel de médicos que eran contratados en condición de asalariados, y sus cargos gerenciales eran ocupados por personas que no eran profesionales de la medicina, lo que determinó que comenzaran a existir una serie de conflictos con los sindicatos médicos a raíz de los niveles salariales de sus afiliados. En este sentido: *“La condición de asalariado y las bajas remuneraciones llevaron al SMU a hablar con alarma de un proceso de “proletarización profesional”. Entre las soluciones esgrimidas por el propio gremio, se planteó la necesidad de revisar los mecanismos de ingreso a la Facultad de Medicina.”* (SMU, 2002)

---

<sup>21</sup> Acta de la Comisión Legislativa Permanente Nº 8241 del 9 de Enero de 1934.

<sup>22</sup> *Ibíd.*

A raíz del diagnóstico de que esta situación era consecuencia de un exceso de oferta de médicos disponibles, una de las soluciones que se terminaron por llevar adelante desde el sindicato fue la creación de su propia sociedad mutual: el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en el año 1935. Esta nueva institución, de acuerdo con los documentos del propio sindicato, buscaba explícitamente tener ciertas orientaciones diferentes a las que caracterizaba al resto de mutualistas, a las que denominaba despectivamente como “empresismo médico”.

La misma por lo tanto, fue planteada como una organización cooperativa en manos de médicos que oficiara como ejemplo de rescate del verdadero espíritu cooperativo. La atención en este centro estaba prohibida para aquellas personas consideradas “pudientes”, fundamentalmente debido a que la nueva institución no pretendía ejercer como competencia para el desarrollo de las prácticas privadas de asistencia realizadas por sus asociados. Sin embargo, el funcionamiento del CASMU rápidamente presentó complicaciones financieras, y evidenció también algunos vicios y problemas identificados por el Sindicato Médico en el resto de las instituciones mutuales como el exceso de empleados, o el aumento sostenido de los costos como consecuencia de la diversificación de especialidades médicas (Piotti, 1998a).

Lentamente, a partir de su creación el Ministerio comenzó a realizar las tareas correspondientes al control y la regulación de las actividades llevadas adelante por las instituciones del sector mutual. En este sentido, la primera norma emitida con este fin fue un Decreto del año 1936 en el que se disponía la creación de un registro de instituciones de asistencia y sanidad (SMU, 2002). En los años posteriores, las sucesivas normativas aprobadas oscilaron entre medidas tendientes a fiscalización – e incluso la posible intervención estatal – de las mutualistas; y por otro lado también se pretendió su fortalecimiento desde la órbita estatal a través de por ejemplo exenciones impositivas.

Por otra parte, se propuso la creación de una Comisión Honoraria de la Mutualidad (7 miembros del MSP, 7 de las mutualistas y un presidente elegido por el resto de integrantes) que tenía la tarea de definir ciertos mínimos de prestaciones, las condiciones de ingreso de nuevos asociados, así como también la forma de designación de trabajadores – tanto médicos como no médicos – y la fijación de sus salarios. Sin embargo este, y otros intentos sucesivos de proyectos similares, fueron rechazados en la órbita parlamentaria – incluso algunos de ellos elaborados por la propia Comisión de Salud de la Cámara de Representantes – principalmente por el rechazo que generaban dentro del gremio médico e incluso en las propias mutualistas. Esta situación se mantuvo incambiada hasta el año 1943, cuando se aprueba la primera Ley de regulación del sector mutual (Decreto-Ley N°10.384. Ver Anexo documental).



Dicha normativa presentaba como diferencia más importante en relación a las iniciativas anteriores que su universo de regulación no se limitaba únicamente a la figura de las “sociedades mutualistas”, sino que tenía pretensiones de regular a todas las instituciones de asistencia privada. En ese sentido, su artículo 1º establecía los diferentes esquemas de provisión existentes hasta entonces en Uruguay<sup>23</sup>:

- A- Sociedades mutualistas: *“...instituciones que inspiradas en tan sólo en el propósito de socorros mutuos, otorguen a sus asociados asistencia médica completa y ayudas subsidiarias sin perseguir lucro alguno, y en las que el capital social pertenezca a todos sus integrantes”*.
- B- Sociedades de producción sanitaria: *“...organizadas por instituciones gremiales médicas con personería jurídica y cuyas finalidades sean las mismas que las sociedades mutualistas”*.
- C- Sociedades patronales o gremiales de asistencia médica: instituciones *“...creadas por entidades industriales, comerciales o gremiales y sostenidas con el apoyo de ellas, para brindar asistencia y socorro a sus empleados u obreros o integrantes; las que serán asimiladas a las sociedades mutualistas siempre que no persigan lucro alguno e inviertan los beneficios en mejorar los servicios que prestan...”*.
- D- Sociedades médicas de asistencia: *“...organizaciones constituidas por uno o más profesionales para prestar asistencia médica a sus suscriptores mediante el pago de retribuciones periódicas, en las que el capital social pertenece a los técnicos y que no actúan inspiradas exclusivamente por un sentimiento de humanidad”*.
- E- Empresas comerciales de asistencia: *“...fundadas por particulares o instituciones mercantiles, con capital propio y fines de lucro, que mediante la contratación de su cuerpo técnico ofrece a sus suscriptores asistencia médica y otros servicios”*.

Además de esta clasificación, el Decreto-Ley establecía derechos básicos para los asociados uniformes para todas las instituciones, al tiempo que no existieron referencias acerca de la forma o el monto de las cuotas que debían pagar los afiliados a cada tipo de prestador. En lo referido a las áreas que el Ministerio se reservaba el derecho de fiscalizar, las mismas eran las cuestiones asociadas a la organización de los servicios y la gestión financiera de las empresas, mientras que por el otro lado, no hubo menciones a cuestiones de estándares de calidad o de montos a invertir para los diferentes servicios (MSP, 2002). Finalmente, otro punto que merece ser mencionado es el de la posibilidad de una futura creación de la “Federación de Sociedades Mutualistas de Asistencia Médica” como un intento de promoción de la coordinación

---

<sup>23</sup> Ver Decreto en Anexo Documental.

entre estos actores, que en este caso particular consistiría en uno de los primeros intentos por coordinar la atención de los servicios de alta especialización técnica.

Esta normativa, criticada también por el gremio médico (SMU, 2002) fundamentalmente vino a consolidar desde el Estado una situación que se había ido construyendo por la vía de los hechos y sin ningún tipo de planificación previa. Así, al mismo tiempo que las categorías de empresas presentadas anteriormente no eran más que un intento por “agrupar” a las instituciones ya existentes, porque entre otras cosas no incluía ningún intento de homogenizar o protocolizar sus estructuras o formas de gestión o incluso la formación de nuevas instituciones; por otro lado su reconocimiento normativo consolidaba el paisaje existente de primacía del subsector privado para la provisión de servicios de atención sanitaria, reconociendo incluso la posibilidad de existencia de instituciones con fines de lucro.

Otro punto a destacar de este inicio de las actividades reguladoras del Estado en materia sanitaria fue la regulación del mercado de los medicamentos, importante por su impacto en la forma de atención, pero fundamentalmente por la relevancia de los mismos en los costos del sistema en su conjunto. El primer esfuerzo legislativo se concretó con la Ley 11.015 del año 1948, que entre otras cosas declaraba a los medicamentos, sueros y vacunas como artículos de primera necesidad; y creaba una Comisión Honoraria de Contralor de Medicamentos que tenía por objetivo principal revisar la lista de los llamados “medicamentos económicos” y la fijación de sus precios.

177

A partir de la década del cuarenta se retoman las discusiones de propuestas relacionadas con la necesidad de un seguro de enfermedad. Así, en el año 1941 se presentó un proyecto de Ley al Parlamento por parte de un Diputado del Partido Colorado (Ramón Salgado) que establecía la creación de un seguro de enfermedad obligatorio para todos los ciudadanos menores de 65 años que se encontraran en actividad, y cuyos ingresos fueran inferiores a determinado monto<sup>24</sup>. Los beneficios propuestos de este seguro eran: asistencia médico-quirúrgica; un subsidio monetario a partir del quinto día de enfermedad; asistencia a las afiliadas durante el embarazo y el parto; y una pensión de invalidez. Este proyecto no ofrecía ningún tipo de vinculación con el esquema de seguridad social ya existente.

La discusión en los años sucesivos continuó girando en torno a la necesidad de legislar sobre cuestiones asociadas al mundo laboral y las posibles contingencias que fueran apareciendo. En este sentido, también en 1941 se aprobó la Ley 10.004 de accidentes laborales y profesionales, que establecía la responsabilidad civil del patrón en estos casos, y que en caso de firmarse un seguro, el mismo debía celebrarse con el Banco de

---

<sup>24</sup> El Artículo 1º de dicho proyecto establecía que: “*Declárese obligatorio el seguro de enfermedad e invalidez, para toda persona menor de 65 años de edad, aún cuando posea otra renta o medio de subsistencia ordinarios, fuera del salario que reciba de su patrono...*” (Sesión de la Cámara de Representantes del 2 de Abril de 1941).

Seguros del Estado (BSE) quien en ese entonces todavía ostentaba el monopolio en la materia. Esto implicaba por la vía de los hechos que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales quedaran por fuera del esquema de seguridad social.

En 1943, la II Convención Médica del SMU “...hizo énfasis (...) en la necesidad de instrumentar un sistema de seguridad social en el que quedara integrado un seguro de enfermedad, que cubriera incluso las contingencias derivadas del embarazo y de los accidentes laborales y enfermedades profesionales. Se planteó que este seguro debía ser obligatorio y que su financiación debía ser compartida entre el trabajador, el empleador y el Estado” (SMU, 2002).

La siguiente propuesta legislativa llegó en 1947, cuando se presentó otro proyecto de Ley, también desde tiendas del Partido Colorado, que proponía la creación de un Seguro Social de Salud, que sería obligatorio para todas las personas que, o bien estuvieran activas, o que sino percibieran algún tipo de ingreso como las jubilaciones<sup>25</sup>. Además de las prestaciones y subsidios para cada caso, este seguro contaría también con ayudas económicas para los recién nacidos. Por el lado de la atención, el seguro permitía la posibilidad de libre elección del médico por parte del paciente, y la posibilidad para los médicos de no integrar dicho seguro.

Otra particularidad de este proyecto es que en el mismo aparece explícita por primera vez una diferenciación de los afiliados en dos categorías: aquellos con recursos suficientes, y aquellos que perciben ingresos por debajo de un umbral determinado. La diferencia fundamental entre ambas categorías radicaba en el hecho de que el segundo grupo de personas, además de los servicios de atención médica específicos, también percibirían una serie de transferencias monetarias en calidad de indemnizaciones por enfermedad, subsidios por incapacidad, asistencia y subsidio a la maternidad, ayuda en gastos de emergencia y ayuda por desocupación, entre otros (Artículo 11 del proyecto de Ley).

En la exposición de motivos del proyecto, se puede observar claramente cómo las ideas que comenzaban a instalarse fuertemente en el resto del mundo para este ámbito de política, permearon rápidamente la realidad uruguaya: “*Un riesgo excluido de la atención que corresponde por la previsión social, lejos de producir economías produce mayor infelicidad y mayores gastos. (...) Lo afirma con su gran autoridad Beveridge cuando dice: “la desocupación y las incapacidades ya se pagan en una forma o en otra inconscientemente; no se agrega nada a las cargas sociales cuando se provee a las mismas de manera deliberada”.* Las orientaciones principales en que se funda este

---

<sup>25</sup> “Artículo 1º: (...) créase en la República el Seguro Social de Salud, declarándose obligatoria la afiliación al mismo, para todo patrono, obrero y empleado, ocupados en empresas comerciales e industriales, sociedades, establecimientos y actividades privadas de cualquier naturaleza y en general para toda persona que se encuentre sometida a una relación de trabajo y perciba alguna renta, pensión, jubilación u otra forma de ingresos.” (Sesión de la Cámara de Representantes del día 6 de Mayo de 1947).

*proyecto de Ley (...) son en su gran mayoría, las contempladas por la doctrina contemporánea en materia de seguro social, estudiados y ratificados en distintas convenciones internacionales...*” (Sesión de la Cámara de Representantes del 6 de Mayo de 1947). Sin embargo, este proyecto tampoco contó con los apoyos parlamentarios suficientes.

#### **VII.4. Décadas del 50 y 60: intentos de reforma y crisis del sistema**

El período trabajado en esta sección condensa en su interior algunos de los acontecimientos históricos más extremos del país, ya que por un lado la década del cincuenta era considerada como la época de mayor crecimiento y niveles de bienestar alcanzados por el país – al punto que se volvió famosa la denominación de Uruguay como “la Suiza de América” – mientras que como contrapartida la caída del modelo de Importaciones por Sustitución de Importaciones (ISI) que había apuntalado dicha bonanza, entre otros factores políticos y sociales, culminó con el quiebre de las instituciones democráticas con el golpe de Estado militar de Junio de 1973.

Continuando con este *racconto* histórico de la atención sanitaria en Uruguay, sin lugar a dudas, el proyecto más ambicioso de reforma del sistema sanitario se presentó en el año 1952 por parte de los diputados socialistas José Pedro Cardozo y Arturo Dubra – únicos legisladores socialistas –, que consistía en un “Plan de Socialización de la Medicina”, que tomaba como claro referente al Sistema Nacional de Salud inglés (NHS por su sigla en inglés) promovido por el Laborismo en la década del cuarenta<sup>26</sup>. El proyecto implicaba un cambio en el modelo de atención, y no una reformulación del existente. En este sentido, el Artículo 2 del proyecto establecía que serían prestaciones del plan: prestaciones sanitarias para toda la población residente en el territorio nacional; y prestaciones económicas para compensar las pérdidas de remuneraciones por causas de enfermedad o maternidad (Sesión de la Cámara de Representantes del 15 de Diciembre de 1952).

El nuevo sistema sería dirigido por un Instituto de Medicina Social, que se crearía en dicha Ley, y que entre otras funciones tenía la potestad y la responsabilidad de determinar cuáles mutualistas podrían continuar prestando servicios. Las condiciones para que esto ocurriera aparecían detalladas en el Artículo 22: que se garantice un nivel de prestaciones sanitarias por lo menos igual al nivel fijado por el nuevo sistema; que las cuotas no fueran superiores a las fijadas por el Instituto; y que las remuneraciones de su plantel técnico sean del mismo nivel de las otorgadas por el

---

<sup>26</sup> “...ha tenido una influencia muy grande en la formación de nuestro pensamiento en la materia, la observación directa realizada por uno de nosotros, del Servicio Nacional de Salud implantado en Gran Bretaña por el gobierno Laborista en 1948. Se trata de una experiencia que, a más de cuatro años de comenzada, puede considerarse triunfante.” (Exposición de motivos del proyecto de Ley de Socialización de la Medicina, Sesión de la Cámara de Representantes del día 15 de Diciembre de 1952).

Instituto. Se puede advertir por lo tanto cómo el proyecto partía de la base de la existencia de un fuerte sector público asistencial y rector, que sería capaz que fijar los estándares adecuados de calidad de la atención y condiciones de trabajo médico, entre otros factores.

Respecto al financiamiento del nuevo sistema, el mismo contaría con los aportes de aquellas personas con ingresos mayores a determinado monto, los presupuestos públicos existentes en ese entonces para las actividades de atención sanitaria, y las contribuciones del sector empresarial que serían definidas políticamente. Aquí, la exposición de motivos del proyecto reafirma la pretensión de universalidad del nuevo sistema al afirmar que *“Ninguna traba se opondrá a la utilización de los servicios médicos del Plan de Socialización de la Medicina por cualquiera de los habitantes del país, cualquiera sea su posición económica, y en medida proporcional a sus ingresos, todos contribuirán al sostenimiento de ese seguro social, excepción hecha de los elementos económicamente débiles de la sociedad.”*<sup>27</sup>

Este postulado, como se verá posteriormente, presenta indudables similitudes con el proyecto que finalmente el Frente Amplio logró promover en el año 2007. Sin embargo, existe un matiz que quizás puede servir también para comprender el éxito y fracaso de ambos proyectos. Esta idea de socialización agregaba en relación a las personas con mayores ingresos que *“Ello no obsta para que quienes con medios económicos suficientes, no deseen utilizar al Instituto de Medicina Social y sí los servicios médicos privados, lo hagan sin obstáculos, lo que no les liberará, desde luego, de la cuota parte que les corresponda en la financiación del Seguro Nacional de Salud.”*<sup>28</sup> Esta, por el contrario, no fue la configuración que terminó adquiriendo el sistema actualmente vigente.

Por el lado asistencial, el proyecto introducía la reorganización del sistema en base a médicos de familia con funciones preventivas además de las tradicionales curativas; organizaba la existencia de centros médicos en base a una lógica de jurisdicciones; se incorporaba a las instituciones de asistencia mutua al sistema y se las obligaba a prestar servicios de prevención y asistencia; e integraba también a los servicios existentes dentro del BSE. Claramente la propuesta promovía la construcción de un sistema Beveridge de atención sanitaria. Por otra parte, también incorporaba novedades en la dirección del sistema, ya que la misma estaría a cargo de un Consejo Superior, integrado por once miembros – de los cuales siete serían médicos de diferentes especializaciones – y de dieciocho Servicios Departamentales de Medicina Social.

---

<sup>27</sup> Exposición de motivos del proyecto de Ley de Socialización de la Medicina, Sesión de la Cámara de Representantes del día 15 de Diciembre de 1952.

<sup>28</sup> *Ibíd.*

Al igual que se pudo observar en la Ley de creación del MSP, aquí también se sigue advirtiendo una preocupación por centralizar la organización y gestión de los servicios sanitarios. En este sentido se decía que: *“...permanecemos fieles al concepto de unificación de la seguridad social, tanto desde el punto de vista de los sistemas de amparo o protección frente a todos los riesgos, como desde el punto de vista administrativo. Tendrá que llegar el momento en el cual todos los servicios de seguros sociales y de asistencia médica estén bajo un mismo contralor, bajo una misma dirección que ha de comprender las funciones actualmente a cargo del Ministerio de Salud Pública y los servicios que, en materia de previsión social, realiza el Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social.”* (Exposición de motivos del proyecto de Ley de Socialización de la Medicina, Sesión de la Cámara de Representantes del día 15 de Diciembre de 1952)

Este proyecto fue demasiado ambicioso ya que al mismo tiempo introducía diversas cuestiones que hasta ese entonces no habían aparecido en la agenda política como por ejemplo una evaluación crítica de los copagos – proponiendo su regulación y cobro diferenciado según capacidad de pago – al tiempo que de su articulado y fundamentación se desprende un completo análisis y revisión de diversas experiencias tanto regionales como internacionales. Por ejemplo aparecen mencionados continuamente procesos llevados adelante en Chile y México, pero también en Gran Bretaña, Nueva Zelanda y Checoslovaquia. Al igual que con sus antecesores, el proyecto no fue aprobado, y muchos de sus planteos no volvieron a ser retomados. A pesar de este hecho, la propuesta fue pionera por el hecho de haber sido una de las primeras que planteó más explícitamente la necesidad de efectuar una descentralización territorial efectiva.

En lo referido al subsector público, el MSP a lo largo de esos años continuó ampliando su red de nuevos servicios sanitarios por un lado, mientras que respecto a la integración entre las actividades asistenciales y de prevención, las mismas continuaron funcionando de forma casi totalmente independiente. En materia asistencial, un hito a destacar fue la inauguración del Hospital de Clínicas en el año 1953, que se encontraba – y aún lo está – en la órbita de la Universidad de la República – única universidad estatal y monopólica de la enseñanza terciaria hasta 1985 – bajo la dirección técnica de la Facultad de Medicina desde 1950. Esta institución *“...mostró durante décadas la potencialidad de un centro estatal que concentrara las funciones de formación, investigación y desarrollo tecnológico”* (MSP, 2009).

En cuanto al mutualismo, la Ley de regulación no sólo no afectó su funcionamiento, sino que tampoco interfirió en su crecimiento exponencial en relación al número de afiliados. Sin embargo, la forma de financiamiento de estas organizaciones comenzaba a plantear algunos cuestionamientos a la sustentabilidad del sistema sobre mediados de la década del cuarenta. Las instituciones mutuales se financiaban a través de el

pago de una cuota única – independiente de la utilización de los servicios de atención – de usuarios que elegían libremente afiliarse o no.

Un elemento a destacar dentro de las propuestas que se sucedieron a partir de ese momento, es que en la gran mayoría de las mismas – como se verá a continuación – al mismo tiempo que achacaban a la actuación del sector privado como una de las principales causas de la crisis del sector, centraban la construcción del posible nuevo sistema en el fortalecimiento del sector mutual. Parecía quedar claro entonces que en relación a los prestadores, las reformas subsiguientes no intentarían promover cambios radicales en este sentido, ya fuera por el arraigo del mutualismo en el sistema; porque la adopción de estrategias exclusivamente de mercado no eran viables políticamente; o debido a que el subsector público parecía encontrarse recluido a un rol marginal en el imaginario de los diferentes actores del sistema sanitario.

También en estos años se comenzaron a oír voces que ponían en consideración el número de médicos existentes. Con el desarrollo de la carrera de medicina, cada vez había más estudiantes y graduados, al tiempo que los médicos en ejercicio alargaban cada vez más su período de ejercicio profesional. A esta situación se le agrega como elemento de mayor complejidad, las condiciones de pluriempleo de la mayoría de los médicos en ejercicio. Por eso desde el Sindicato Médico del Uruguay se comenzó a demandar la aprobación de algún tipo de reglamentación de las diferentes especialidades médicas, como forma de comenzar a regular el mercado laboral.

182

---

Mientras tanto, por el lado del sector privado sin fines de lucro comenzaron a aparecer emprendimientos que ofrecieron una nueva forma de organización basada en el sistema mutual existente. El ejemplo más claro de estas iniciativas se encuentra en el CASMU. En la década del sesenta, producto de la proliferación de convenios colectivos en atención sanitaria fruto de la intensa movilización sindical, el CASMU tuvo un despegue en el número de afiliados esencialmente como consecuencia de su apoyo a los distintos gremios en sus reivindicaciones.

En este sentido, fue en el año 1958 cuando se aprobaron los primeros seguros de salud. *“Estos seguros tenían una estructura similar, siendo gestionados en forma tripartita, eran dirigidos por comisiones honorarias con representantes de los obreros, patrones y el Estado. Los servicios cubrían sólo al trabajador y se financiaban con los aportes de obreros y patrones. Las comisiones honorarias eran las responsables de licitar y contratar entre las mutuales...”* (MSP, 2009). Aquí se advierte nuevamente un factor que se ha ido consolidando a lo largo de los años, que es el aprovechamiento por parte de las mutualistas de los distintos seguros sociales como importante fuente de financiamiento, en desmedro del subsistema público, que nunca tuvo la potestad legal de ser contratado por ese tipo de seguros.

En materia de regulación, la mayor parte de las iniciativas estuvieron orientadas al fortalecimiento de la coordinación con y entre instituciones del sector privado. Un ejemplo es el permiso en el año 1959 – primer año de gobierno del Partido Nacional, que accedía por primera vez al poder en el siglo XX – para que las IAMC pudieran proveer a sus usuarios las vacunas necesarias, aunque dicha medida no nació como resultado de una decisión primaria o anticipatoria de las autoridades sanitarias, sino que por el contrario, la medida fue una reacción a una solicitud de una de las instituciones privadas. Este carácter reactivo de la injerencia del Estado en cuestiones de regulación sanitaria es un factor que se ha repetido constantemente en este relato, y que entre otras cosas deja en evidencia la falta de capacidad del Ministerio de Salud Pública para llevar adelante ejercicios de planificación estratégica del rumbo que el sistema en su conjunto debería seguir.

Recién en 1969, ya con el Partido Colorado nuevamente en el gobierno, con el Decreto 406/969 se materializa la intención de regular efectivamente la actuación de las instituciones del subsector privado, ya que en dicha norma se establecieron una serie de servicios mínimos que debería prestar cualquier institución interesada en tener la habilitación ministerial. Por otra parte, este Decreto también creó una Junta Coordinadora de Asistencia Médica Colectiva, que tendría como cometidos la coordinación del sistema mutual a través del asesoramiento del MSP (SMU, 2002).

Durante el período mencionado se produjeron tres reformas constitucionales en los años 1942, 1952 y 1966. En ninguna de ellas se plasmó un cambio en el estatus de la atención sanitaria, en el sentido de reconocerla como un derecho de toda la ciudadanía. Sin embargo esta última reforma introdujo una cuestión que tendrá un fuerte impacto en el sector sanitario: la creación del Banco de Previsión Social (BPS). El artículo que crea el BPS le asigna como cometido “...coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social...”. Esto implicaba entre otras cosas que se debería incorporar bajo su órbita los Consejos de Asignaciones Familiares y las Comisiones Honorarias Administradoras de Seguros de Enfermedad; al tiempo que en un eventual Seguro Nacional de Salud, dadas las competencias mencionadas, el mismo debería ser gestionado por esta nueva institución, reforzando el perfil Corporativo de la matriz de bienestar existente, ya que dicha forma de organización estaría inevitablemente asociada a la capacidad contributiva de los trabajadores y su pertenencia al mercado formal de empleo.

#### **VII.4.1. Propuestas de creación de Seguros o Sistemas Nacionales de salud**

Respecto a las propuestas de creación de un seguro nacional, a pesar de la diversidad de las mismas – en cuanto a color partidario, profundidad de los cambios o grupos sociales de apoyo por ejemplo – ninguna logró ser aprobada y sólo unas pocas llegaron a ser tratadas si quiera a nivel de comisión parlamentaria. Ante esta inacción del conjunto de dirigentes políticos, los diferentes sectores de trabajadores comenzaron a



negociar sectorialmente acuerdos con las organizaciones patronales para dotarse de cobertura médica mediante un seguro. Esto determinó que se comenzaran a suceder convenios de este tipo, que fueron ratificados por Ley sin ningún tipo de problemas por esos mismos legisladores que se resistían a discutir un esquema global. De esta manera, se fue constriñendo por la vía de los hechos la alianza potencial de promoción del seguro nacional a través de soluciones corporativas, en la medida en que las particularidades de cada arreglo – y sobre todo las diferencias existentes entre ellos – dificultaría notablemente la negociación en torno por ejemplo a cantidad y tipo de prestaciones.

La primera de estas experiencias se dio en el ámbito de la construcción, donde a partir de un acuerdo obrero-patronal se creó el primer seguro parcial de salud, que sirvió como ejemplo para el resto de sectores y determinó que un importante sector de la población accediera a la cobertura médica bajo un esquema similar al de la seguridad social. Sin embargo, la realidad de los mismos fue muy heterogénea, ya que los niveles de servicios y atención ofrecidos dependían fuertemente de los niveles salariales del sector y de su capacidad de organización, representación y presión o negociación. Dicha diversidad implicó en muchos casos que los mencionados seguros no pudieran siquiera hacer frente al pago de las cuotas de las IAMC.

Este primer seguro parcial se consagró en la Ley 12.571, que finalmente estableció un seguro de asistencia médica y un subsidio por enfermedad para todos los trabajadores de la industria de la construcción a nivel nacional. La asistencia sería brindada por una IAMC contratada a partir de una licitación, y el subsidio equivaldría a la totalidad del salario del trabajador. En cuanto al financiamiento del seguro, los aportes serían de un 4,5% de los salarios, porcentaje que era asumido en un 1,25% por el trabajador, y el restante 3,25% por el patrón. La discusión parlamentaria de esta Ley trajo también aparejada la idea de un seguro nacional, pero no se tradujo en ningún tipo de propuesta concreta.

Los proyectos se sucedieron. En 1959, el Diputado Enrique Erro (Partido Nacional) presentó un proyecto de seguro de enfermedad que creaba varios seguros: uno de enfermedad, uno de paro, y uno de invalidez, vejez y muerte; todos obligatorios para los trabajadores mayores de 18 años, que sería financiado mediante nuevos impuestos y aportes de los trabajadores de acuerdo a sus niveles de ingreso. En 1963 se presenta otro proyecto para crear un “Seguro de Asistencia Nacional y Subsidio por Enfermedad” que incorporaba a los trabajadores públicos, privados y a los jubilados.

En 1967, los legisladores del gobernante Partido Colorado, Aquiles Lanza y Hugo Batalla, presentaron un proyecto de “Seguro Social” de carácter obligatorio, que sería gestionado por el BPS y ofrecería prestaciones asistenciales y económicas. El asegurado podría elegir entre alguna de las IAMC, al igual que su médico. Su financiación consistiría en un aporte del 5% de los salarios y pensiones, y un 5%

proveniente de los empleadores, que se complementaban con un 2% del total de retribuciones aportado por el Estado. El proyecto presentado en el año 1968 era muy similar al anterior, con la única particularidad de que incluía la creación de Direcciones Regionales con la idea de que dirigieran y coordinaran la prestaciones de servicios en el territorio.

Finalmente, en 1972 se llegaron a presentar dos proyectos: uno idéntico al de 1968 y otro que proponía crear un Sistema Nacional de Salud que nucleara todos los servicios asistenciales en la órbita del MSP<sup>29</sup>. Uno de estos proyectos fue presentado por el entonces Ministro de Salud Pública, el Dr. Purriel – afín al Partido Socialista – que planteaba la creación de un Servicio Social y de Salud; pero el mismo no logró implementarse debido al inminente golpe de Estado que sufrió el país. Las principales diferencias respecto a los proyectos reseñados anteriormente radicaban en que el mismo tenía una perspectiva sistémica, y habría sido el primer proyecto con capacidad de ejecución gracias a que contaba con el aval presidencial y de las fuerzas gremiales de la salud.

En este nuevo sistema, el Estado adquiriría un rol fundamental, ya que el sistema funcionaría dentro de la órbita del MSP. En cierta forma, la nueva institucionalidad apostaría a alcanzar un importante grado de descentralización administrativa, como forma de lograr una mejor centralización política. El financiamiento se apoyaría en un seguro de carácter obligatorio para toda la población, que absorbería a todos los seguros parciales y las mutualistas y demás prestadores sanitarios serían incorporadas al Servicio, aunque conservando autonomía administrativa. Por otra parte, los prestadores privados se podrían unir de forma voluntaria (Piotti, 1999).

185

Por otra parte, durante esta época también empezó a poner en evidencia un hecho que se ha ido repitiendo a lo largo de los años posteriores: ante un retroceso del crecimiento económico o incluso ante una crisis económica que tenga como una de sus consecuencias una caída del empleo formal, la incapacidad de dichas personas de hacerse cargo de los costos asociados a la atención médica determina que las mismas se vean forzadas a ingresar al subsector público. Este hecho puede determinar que se produzca una sobre-afiliación al sector público que tendrá como principales consecuencias: por un lado que la infraestructura, recursos humanos e inversión de este sector no se encuentre a la altura de la nueva demanda; y por otro que la “huída” de afiliados del sector mutual derive en el desfinanciamiento de muchas instituciones.

Una de las respuestas procesadas ante el primero de los problemas por las autoridades del MSP fue la de establecer el cobro por la utilización de ciertos servicios para

---

<sup>29</sup> Hasta el momento no he podido acceder a las actas parlamentarias para poder conocer las razones que se esgrimieron para ni siquiera considerar estos proyectos, sobre todo por el hecho de que casi todos fueron presentados por legisladores oficialistas.

aquellos que no se encontraran en situación de carencia extrema de recursos. Así, se definieron tres categorías – carentes de recursos, con recursos insuficientes y pudientes – por las cuales las personas incluidas dentro de las dos primeras no debían pagar ningún tipo de tasa extra, y para ello debían ser acreditados con un “carné de asistencia”, que rápidamente pasó a ser conocido popularmente como “carné de pobre”, con todas las implicancias que esto tenía para la estigmatización de la pobreza.

#### **VII.4.2. Crisis del sector y quiebre democrático**

Del lado del subsector privado, la crisis se empezó a sentir durante la década del sesenta pero se aceleró en 1968, cuando el Poder Ejecutivo decide congelar las cuotas que pagaban afiliados y asociados a las IAMC. Cabe recordad que el Poder Ejecutivo – el Ministerio de Salud Pública en conjunto con el Ministerio de Economía y Finanzas – es el encargado de fijar las tarifas que los diferentes prestadores de servicios médicos pueden cobrarle a sus afiliados. De esta manera, en un contexto de costos crecientes, los ingresos de estas instituciones pasaron a estar en gran medida sin margen de crecimiento, lo que determinó entre otras cosas un reforzamiento a la ya existente desinversión en el sector privado en materia de tecnología. La situación derivó en que las IAMC tuvieran que apoyarse en la fuente de ingresos restante: las tasas moderadoras, que si bien se habían introducido como forma de atenuar la demanda excesiva de los servicios por parte sobre todo de la población más pudiente, lo cierto es que a partir de su utilización como mecanismo recaudatorio las mismas comenzaron a erigirse como un verdadero obstáculo para el acceso a la atención de gran parte de la población.

El crecimiento de las IAMC existentes por un lado, sumado a la proliferación de instituciones de este tipo, motivó que en este período la situación fuera de verdadera atomización, llegando a convivir 54 instituciones únicamente en Montevideo para el año 1971, las cuales se distribuían entre sociedades mutuales (29), sociedades de producción sanitaria (6), gremiales de asistencia médica (7), sociedades médicas de asistencia (8) y empresas comerciales de asistencia (4); de las cuales sólo cuatro tenían más de 50.000 socios y entre ellas nucleaban a más del 50% de los usuarios del sistema mutual; mientras que por en el otro extremo existían trece instituciones con menos de 2.000 afiliados (SMU, 2002).

Estos problemas, que ya se venían evidenciando desde hacía tiempo, adquirieron mayor relevancia pública en 1970, cuando la Junta Coordinadora del Mutualismo (Decreto 406/969) elaboró una categorización de las IAMC a partir de cuestiones referidas a infraestructura, recursos humanos, asistencia y gestión de los servicios. La misma consistió en tres niveles, de los cuales uno solo era el implicaba un nivel de asistencia aceptable. Luego de la evaluación, ninguna institución alcanzó dicho nivel, y únicamente cuatro de ellas fueron consideradas como capaces de alcanzarlo en el corto plazo.

La dictadura militar que sufrió Uruguay a partir del año 1973 no trajo más que consecuencias negativas para el país en su conjunto pero, en el caso de la salud especialmente: *“...asistimos a una reducción sistemática de la inversión en salud, pérdida de poder adquisitivo del salario del trabajador de la salud, emigración de profesionales y técnicos calificados, etc. Además de la represión sobre la Universidad, como centro asistencial y principal centro formador de recursos humanos para la salud”*. (MSP, 2009) En cuanto a los legados más positivos de este período, son dos los dignos de esta mención: la creación del Fondo Nacional de Recursos (FNR) como mecanismo esencial para que los sectores más carenciados pudieran acceder a intervenciones de alta complejidad; y la aparición del Banco de Órganos y Tejidos (MSP, 2009). El FNR se conforma por un porcentaje que se descuenta de los salarios, aportes del Estado y de las IAMC – a partir de una sobrecuota – y que tiene como finalidad hacerse cargo de los costos de las intervenciones de medicina altamente especializada que deben realizarse las personas con menores recursos.

Durante el período autoritario los principales cambios en el sistema sanitario uruguayo se concentraron en dos ejes: por un lado se intentó deliberadamente consolidar a las IAMC como eje del sistema, principalmente a partir de reglamentaciones que determinaban la afiliación a IAMC de las personas cubiertas por las instituciones de la seguridad social; y por otro, paulatinamente se fue promoviendo el crecimiento del sector de seguros privados por la vía de la no acción, es decir: ausencia de reglamentación y control de dichas actividades, pero también directamente a través de la creación de Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Estos Institutos fueron creados por la Ley 14.897 del año 1979 que les asignó un carácter subordinado al MSP. Dichas instalaciones serían creadas a través de los fondos provenientes del FNR, que se haría cargo de pagar la atención y tratamientos recibidos por los pacientes que necesitaran dicho tipo de atención. Un elemento interesante que agrega la Ley es que si bien los precios de las intervenciones realizadas por estas instituciones son controlados por el Estado a través del MEF, la fijación de los mismos correría a cuenta de las propias IMAEs.

El quiebre democrático no escondió las cuestiones referidas a la necesidad de establecer un plan de carácter nacional para el tema de la asistencia sanitaria. En este sentido, en 1974 se aprobó un documento con “los fundamentos conceptuales para un Plan Nacional de Salud” (SMU, 2002). Los tres elementos claves señalados por ese documento fueron la necesidad de prestar una atención integral (asistencial, preventiva y laboral); que los subsectores públicos y privados estuvieran coordinados en sus acciones; y un rol protagónico del MSP en materia de regulación de la coordinación del sistema. Pero uno de los principales problemas del intento de reforma de este período residía en que, si bien partía del mismo diagnóstico de las cuestiones a resolver que los proyectos anteriores manejaban, la nueva configuración

no se planteaba en ningún momento romper o al menos racionalizar con la hiper fragmentación institucional del sistema.

En el nuevo esquema, el MSP debía evaluar la calidad de los servicios brindados por los efectores y promover la inversión en nuevas tecnologías, sobre todo en aquellos servicios demasiado costosos, y que por lo tanto no son provistos por el subsector privado ya que el retorno de esa inversión – como consecuencia de las bajas tasas de utilización de las mismas – no está garantizada. Estos servicios, fueran instalados por el propio Estado o por los actores privados, deberían funcionar bajo la órbita del MSP porque dichos servicios debían ser garantizados para el conjunto de la población. Por otra parte, las IAMC radicadas en Montevideo debían tender a ajustar su estructura de acuerdo a un “formato tipo” que debería garantizar la sustentabilidad de las mismas a partir de manejar un número de afiliados de entre 20.000 y 100.000. De esta manera, se pretendía fortalecer especialmente a las IAMC más grandes. Finalmente, la medicina preventiva quedaba exclusivamente como una competencia del subsector público.

En el año 1981, con la Ley 15.181, se renovaron las normas que regulaban el funcionamiento de las IAMC. Así, por ejemplo se cambió la clasificación de instituciones privadas de asistencia. A partir de ese momento existirían tres tipos de instituciones:

- A: Asociaciones asistenciales que *“...inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos otorguen a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin”*.
- B: Cooperativas de profesionales, que son las que *“...proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas”*.
- C: Servicios de asistencia, *“...creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente a los familiares de aquel”*.

A diferencia de la Ley del año 1943, esta nueva norma establecía ciertas cuestiones que las nuevas instituciones debían cumplir para poder ser acreditadas. Brevemente, las mismas consistían en: contar con un mínimo de afiliados, un mínimo de equipamiento y estructura edilicia, contar con un fondo de inversiones y que la dirección estuviese a cargo de un Director Técnico Médico (SMU, 2002). En los años subsiguientes, diversos Decretos fueron reglamentando una serie de cuestiones esbozadas por la Ley.

A partir de la creación de ASSE, las IAMC comenzaron a mejorar su prolongada situación de déficit financiero como consecuencia de los nuevos recursos ingresados a partir de la importante introducción de nuevos afiliados, y también a través de la

liberalización del cobro de tasas por parte de dichas instituciones. Pero sin dudas la norma más importante para el sector fue la ya mencionada Ley 15.181, que entre otras cosas determinó una reducción del número total de instituciones mediante el establecimiento del mínimo legal de afiliados para poder funcionar. Pero independientemente de este hecho, las características principales de las IAMC y su funcionamiento permanecieron incambiadas en este período.

Así, por ejemplo el Decreto 87/983 presentaba los requisitos que las instituciones debían cumplir para ser aprobados, dentro de los cuales se encuentra por ejemplo el de los 20.000 afiliados como mínimo en los Departamentos que contaran con más de una institución. También se establecían mecanismos y plazos de fusión interinstitucional para aquellas que no llegaran a los mínimos. Como segundo requisito, cada institución debía contar con un número determinado de médicos cada mil afiliados, elaborado por el MSP.

El Decreto 89/983 estableció una clasificación de las instituciones existentes de acuerdo al nivel de desarrollo de sus recursos humanos (cantidad y capacitación), de la infraestructura instalada, equipamiento adquirido, cantidad de camas y calidad de la atención; con la idea de que estos niveles oficiaran de referencia para la mejora de los servicios. También se comenzó a regular el manejo de la información por parte de las IAMC a través del Decreto 93/983, que obligaba a dichas instituciones a suministrar la información contable y técnico-asistencial, que sería recibida y procesada por el recientemente creado Sistema Nacional de Información (SINADI) dentro de la órbita del MSP. Por último, el Decreto 94/983 fijó un monto máximo de la cuota promedio sobre el cual la cuota máxima por cada categoría no podía exceder el 7%, como medida tendiente a evitar que una selección de riesgos mediante el cobro de cuotas diferenciales. También se derogó un acuerdo entre las IAMC y el BPS que exoneraba del pago de las tasas moderadoras a los usuarios provenientes de DISSE.

Dentro de las diversas iniciativas de intervención y regulación de las actividades sanitarias impulsadas por el gobierno de facto, se encontró la intervención de los seguros parciales de enfermedad mediante el Decreto 736/973, bajo el argumento de los “...desequilibrios presupuestales y administrativos...” de estas instituciones.

Posteriormente, en 1975, la Ley 14.407 creó la Administración de Seguros Sociales de Enfermedad (ASSE) como servicio descentralizado, que determinó la disolución de dichos seguros. Este nuevo organismo tenía como cometidos el aseguramiento de la atención de los beneficiarios, ya fuera mediante instituciones públicas como privadas; así como el otorgamiento de los subsidios correspondientes por situaciones de invalidez o enfermedad. A diferencia de los seguros en democracia, dicha prestación sufrió severos recortes tanto en cuantía como en tiempo de usufructo, en sintonía con los postulados de recorte neoliberal – aunque sin llegar a desarrollar una política integral como la implementada por la dictadura de Pinochet en Chile por ejemplo. Así,

quedaba consolidado un nuevo rol del Estado en el sistema de salud a través de la administración de recursos y la compra de servicios en el sector privado.

En 1979, se concentraron las funciones de seguridad social en la órbita de la Administración Central, por lo que se eliminaba al BPS como administrador de esos recursos. La nueva institucionalidad consistió en la creación de un órgano desconcentrado del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: la Dirección General de la Seguridad Social, que tenía entre diversas unidades la Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) en sustitución de ASSE. Esta dirección, que recién fue sustituida a partir de la reforma del Frente Amplio en el período 2005-2009, era la encargada de oficiar como intermediaria entre los usuarios del sistema y los prestadores de servicios. La misma recaudaba los aportes de trabajadores y empresarios para posteriormente pagar desde dicho fondo la cuota mutual de las personas a las instituciones que estos eligieran. Este esquema introdujo cierto componente de redistribución en el sistema en su conjunto, y habilitó el acceso formal de un importante número de personas a la atención médica privada.

Durante este período, al tiempo que la estructura ministerial permaneció intacta, el presupuesto se vio reducido hasta un 33% en el año 1982, para continuar atendiendo prácticamente a la misma población. Como contrapartida, los recursos destinados para los esquemas públicos corporativos – sanidad policial y militar – se multiplicaron notoriamente. Hacia 1982, sobre el final de la dictadura, se calculaba que cerca del 19,9% de la población carecía de cobertura formal (SMU, 2002).

---

190

Justamente como consecuencia de este fenómeno, no existieron esfuerzos por cubrir ciertas carencias o vacíos que el actual sistema no podía o no elegía hacer frente. Uno de ellos era el de la atención de emergencias a domicilio. Inicialmente los servicios de emergencia con unidades móviles (Emergencias) consistieron en seguros parciales de prepago que únicamente brindaban cobertura ante urgencias en materia de infecciones cardiovasculares, aunque al poco tiempo este esquema se amplió a cualquier tipo de emergencia. El crecimiento de este nuevo servicio fue muy importante, al punto que cinco años después de creada la primera Emergencia Móvil, en 1984, las mismas contaban aproximadamente con 200.000 afiliados. Una de las principales razones de este crecimiento se encuentra en el elevado costo de la afiliación a una IAMC, lo que determinó que muchas personas se inclinaran hacia las Emergencias como forma de mantener cierto nivel mínimo de cobertura. Las dificultades de aseguramiento llevaron a que un servicio complementario se convirtiera en un sustituto de los prestadores tradicionales.

Es también en estos primeros años de la década del ochenta cuando comenzaron a aparecer y consolidarse los primeros seguros parciales de atención, con fines de lucro, diferentes a las Emergencias. Estos nuevos aseguradores consistían en seguros de prepago de afiliación voluntaria, y por lo tanto, seleccionadores de los riesgos a cubrir

debido a que estaban orientados a desarrollar acciones curativas de bajo costo ambulatorio.

### **VII.5. La reinstauración de la democracia: nuevos intentos de reforma del sector**

El retorno de las prácticas democráticas en el país en 1984 se produjo en el marco de una serie de crisis estructurales en varios sectores de política entre los cuales se encontraba el sector salud. Es a partir de esta coyuntura que los actores más importantes del sistema comenzaron a elaborar diversas propuestas de reforma para poder hacer frente a esta situación. Así por ejemplo, la VII Convención Médica Nacional del SMU del año 1984 elaboró una propuesta de conformar un Servicio Nacional de Salud. Dicho sistema debía ser financiado con recursos públicos y organizarse mediante regiones de atención. Dicho Servicio debía estar ubicado institucionalmente como un organismo público descentralizado del MSP.

En esta misma línea se manifestó la Concertación Nacional Programática (CONAPRO). Dicha Concertación fue un espacio conformado a mediados de la década del ochenta que estaba integrada por prácticamente todos los principales actores sociales, políticos y sindicales de aquel entonces (MSP, 2009). Fue en el marco de estas actividades, que fueron desde instancias de negociación más generales y relacionadas con los pasos a seguir para la realización de elecciones, hasta la elaboración de una serie de documentos de carácter sectorial que pretendieron oficializar como acuerdos multipartidarios para efectuar por el nuevo gobierno; que se llevó adelante una “Mesa de Trabajo sobre Salud”.

Este diálogo finalizó con un documento que entre otras cosas definía la necesidad de elaborar un Plan Nacional de Salud, que sería ejecutado por un Sistema Nacional de Salud que integraría y coordinaría tanto los servicios del subsector público como los privados, a través de la regionalización de la atención como por ejemplo ocurre en España. “...la organización y puesta en marcha de un Sistema Nacional de Salud, donde se coordinarán e integrarán todos los recursos existentes en el sector público y privado, accesible a toda la población desde el punto de vista legal, geográfico y económico con la mayor participación activa de la comunidad organizada democráticamente.” (Documento CONAPRO citado por Piotti, 1998). Por otra parte, la estrategia propuesta para el corto plazo apuntaba a alcanzar la “...democratización de las instituciones del sector con participación en el gobierno, de los trabajadores, usuarios, (...) participación de la comunidad en las instituciones (...) organización del sistema nacional de información (...) elaborar de acuerdo con los trabajadores un Estatuto de los funcionarios de la salud...”. (Documento CONAPRO citado por Piotti, 1998).



Este proyecto, el más ambicioso presentado hasta ese entonces, se organizaría a través de un ejecutivo integrado por once miembros dentro de los que se encontraban representantes del MSP, de los trabajadores médicos y no médicos del sector, de la Universidad, de la sociedad civil organizada, de los organismos de la seguridad social, de la central sindical y de las Intendencias. En cuanto al financiamiento, el mismo se llevaría adelante mediante la creación de un Fondo Nacional de Recursos que se nutriría de los aportes del conjunto de la población de acuerdo a su capacidad de pago: trabajadores y jubilados aportarían desde la seguridad social, las personas de mayores ingresos aportarían en relación a sus rentas a través de la DGI, y finalmente el Estado cubriría los aportes de los desocupados y de aquellos que percibieran ingresos por debajo de una línea legalmente establecida. A partir de esta propuesta es que las plataformas electorales de los distintos partidos se parecieran mucho en materia sanitaria.

Las primeras elecciones realizadas en 1984 se desarrollaron entre algunas proscripciones de los principales líderes del Partido Nacional y el Frente Amplio y terminaron con la victoria del Partido Colorado, a través de la candidatura de Julio María Sanguinetti. Las propuestas electorales de todos los partidos no pudieron pasar más allá de alguna declaración de intenciones en materia sanitaria, con principios generales como universalizar la cobertura, pero sin concretar políticas concretas.

Sin embargo, el inicio del nuevo gobierno trajo aparejado algunas propuestas y proyectos de reforma del sector. El ministro de dicho período (1985-1989) fue el Dr. Raúl Ugarte Artola, perteneciente al Partido Nacional. Entre su planificación de gestión, Ugarte Artola planteaba entre otras cosas alcanzar un reordenamiento de los servicios públicos y privados de salud, con la intención de que dicho proceso culminara con la creación de un Sistema Nacional de Salud; el desarrollo de una serie de medidas que promuevan la atención primaria en salud; impulsar la participación de la comunidad; promover la elaboración del presupuesto a partir de los programas existentes; además de concentrar los esfuerzos ministeriales en la elaboración de programas focalizados en poblaciones prioritarias como por ejemplo todo lo concerniente a la salud materno-infantil o la salud mental (Piotti, 1998).

Hacia finales de ese primer año de gobierno, el MSP envió al Parlamento un proyecto de Ley que proponía la creación de un Sistema Nacional de Salud que creaba un servicio público de atención sanitaria descentralizado, de forma que las funciones de rectoría del sistema quedaran como la competencia exclusiva del Ministerio. Este proyecto no alcanzó los apoyos necesarios a nivel parlamentario, pero de esta discusión nació en el seno de la bancada del Partido Nacional una contrapropuesta en el año 1986, que esencialmente concentraba los esfuerzos en la conformación de un Servicio Estatal de Salud que unificara la oferta pública de asistencia que se encontraba dispersa entre diferentes instituciones.

Resulta de particular interés para este trabajo repasar algunos de los principios generales plasmados en el proyecto, así como también ciertos cambios propuestos, porque como se verá posteriormente, algunos de los mismos presentan indudables coincidencias con el proyecto presentado, posteriormente aprobado, durante el primer gobierno del Frente Amplio. En sus “Bases conceptuales” aparecen plasmados tanto el deseo de crear un Sistema Nacional de Salud, como el rol que deberían jugar el Estado y el mercado en el ámbito de la atención médica: *“El ejercicio pleno del derecho a la salud, debe fundarse en claros criterios de universalidad, equidad y solidaridad social; el Estado es el responsable de consolidar estos criterios, a través de la organización y funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud, coordinado, eficiente y accesible a todos los habitantes de la República.”*<sup>30</sup> Y además establecía que: *“Por ser la salud un bien social, debe ponerse al margen de las leyes de mercado y de ninguna manera relacionársela con la capacidad adquisitiva del individuo...”*<sup>31</sup>

En relación a la propuesta concreta, cabe señalar resumidamente que el nuevo sistema mantendría la composición mixta existente hasta ese entonces, pero organizado a partir de criterios de regionalización, niveles de atención y escalones de complejidad. Además de los diferentes servicios de salud, el sistema estaría compuesto por un Fondo Nacional de Salud, compuesto por las contribuciones del Estado y de la población en forma proporcional a sus ingresos.

Otros aspectos que merecen ser resaltados son, por un lado, la *“...participación activa y responsable de la comunidad organizada en el desarrollo de los servicios, tanto en su planificación, como en su evaluación. Esta participación se hará efectiva a nivel nacional y departamental a través de las Asambleas Representativas correspondientes.”*<sup>32</sup> Por otra parte, los beneficiarios del nuevo sistema tendrían libertad para optar por cualquiera de los prestadores habilitados por el MSP, y dicha afiliación sería financiada por el sistema. Finalmente, en relación a las instituciones integrantes del SNS, destaca la incorporación, además de los establecimientos del MSP y las IAMC sin fines de lucro, de los servicios asistenciales de las restantes instituciones públicas. Esto es muy importante en la medida que el proyecto planteó directamente la necesidad de terminar con la fragmentación del subsistema público.

Este sistema *“...sería administrado por una persona jurídica pública, que funcionaría como servicio descentralizado. Esta institución debía organizar y coordinar los servicios de salud de las instituciones del subsector público y privado del sistema.”* (Piotti, 1998). En relación al financiamiento del nuevo sistema, este proyecto presentaba una variante respecto al proyecto de 1985, ya que este último proponía una recaudación

<sup>30</sup> Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores del día 29 de Julio de 1986.

<sup>31</sup> Ídem.

<sup>32</sup> Ídem.

basada en la contribución del 7% de los ingresos del núcleo familiar, mientras que el proyecto del PN determinaba que los aportes serían del 4% sobre los ingresos. Pero nuevamente este proyecto nunca llegó a ser tratado en ninguna de las dos cámaras legislativas, y de acuerdo a los legisladores del PN esto se debió a que el Poder Ejecutivo había ordenado a sus legisladores que detuvieran el debate, entre otras cosas porque el tema no era para nada prioritario. En ese entonces, la agenda política estaba absolutamente monopolizada por el debate en torno a la necesidad o no de promulgar una Ley de amnistía para los militares y civiles que habían sido partícipes de la dictadura, como ocurrió en los otros países de la región que vivieron coyunturas similares.

A partir de la revisión de estos proyectos vale la pena realizar un par de puntualizaciones. En primer lugar, se puede advertir, a diferencia de los proyectos presentados antes del golpe de Estado de 1973, cierto consenso en relación a la necesidad de afrontar los cambios de forma gradual, por pequeñas etapas; confirmando una vez más el carácter gradualista de las transformaciones políticas en Uruguay. Por otra parte, es necesario señalar un hecho que se seguirá repitiendo a lo largo de este relato: observando las medidas específicas propuestas, es inevitable encontrar numerosas coincidencias con las medidas contenidas en la propuesta de Sistema Nacional Integrado de Salud promovida y aprobada por el Frente Amplio veinte años después.

En el mismo sentido, algunos de los reparos al proyecto realizados por algunos de los actores centrales del sector salud uruguayo, como las autoridades del Sindicato Médico, son también cuestiones que han ido apareciendo en los debates actuales sobre la reforma. Entre los mismos cabe destacar fundamentalmente un comentario en relación al carácter descentralizado de la nueva institución coordinadora de los servicios: *"...lo que se hace es crear un fondo económico y una comisión distribuidora más que administradora (...) (la Ley le otorga) importancia a que sea un servicio descentralizado pero (...) del resto del articulado no se desprende que tenga las características autónomas de un servicio descentralizado (...) porque no sobrepasa las potestades que tiene una dirección del MSP; la autonomía que nosotros deseamos para un servicio de salud, es decir, la máxima autonomía compatible con el carácter de servicio descentralizado. Los cometidos y facultades le restringen el carácter de servicio descentralizado; muchas de las funciones que le corresponderían están en manos del MSP."*(Comisión del Senado del año 1986 en Piotti, 1998).

En similar sentido también se cuestionó el excesivo control y sobrerrepresentación del Poder Ejecutivo en todos los ámbitos del sistema, limitando por lo tanto la participación efectiva de los restantes actores. También en esta sesión, las autoridades del SMU pusieron en duda hasta qué punto las IAMC podrían continuar conservando sus rasgos identitarios, ya que creían que las disposiciones propuestas en realidad

terminaban estimulando y beneficiando a los seguros parciales privados con fines de lucro. Finalmente, en relación al financiamiento, el gremio se mostró partidario de la opción de obtener los recursos a partir de impuestos generales, y no de las contribuciones a la seguridad social.

Sin embargo, ninguno de los dos proyectos logró ser aprobado, e incluso ninguno logró salir de la Comisión de Higiene y Asistencia de la Cámara de Representantes. Posteriormente, no se volvieron a presentar propuestas de este tipo. A pesar de las propuestas y las grandes expectativas en torno al desarrollo y mejora de las condiciones de vida de los diferentes sectores socioeconómicos, en líneas generales el mercado continuó expandiendo su peso en la prestación de los servicios sanitarios, y los costos de los mecanismos de copago como órdenes mutuales y tiques, se dispararon, haciendo mucho más difícil el acceso a la cobertura privada por parte de un gran sector de la población. Por otra parte, a este hecho debería agregarse el comienzo del pago por acto a los anestelistas y otros especialistas – como se verá más adelante, la gremial con más poder dentro del colectivo médico – que determinaron conjuntamente, y por supuesto sumados a otros factores como la escasa capacidad de gestión de las instituciones de asistencia, una situación de crisis continua del sistema mutual, que terminó quedando al borde del colapso con la crisis económica del año 2002.

El hecho de que estas propuestas hayan naufragado no implicó que no se produjeran algunos cambios importantes en este período. Por ejemplo, en 1985, el MSP había instalado en conjunto con la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) catorce policlínicas barriales con la intención de promover la atención primaria, pero la coordinación entre estos espacios y los centros de salud del propio MSP fue casi nula, y en la mayoría de los casos sus actividades se superpusieron. Por otra parte, la propuesta original sobre el Sistema Nacional de Salud presentada en el año 1986 terminó derivando finalmente en la creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con carácter desconcentrado<sup>33</sup>; y al inicio del programa de médicos de familia. No obstante, estos últimos nunca llegaron a consolidarse profesionalmente como una opción de atención al modelo hospitalocéntrico del país.

En 1987, con la Ley 15.903 se ASSE como organismo desconcentrado del MSP, que tuvo como cometido hacerse cargo exclusivamente de los establecimientos asistenciales del ministerio, mientras que el resto de servicios de salud estatales debían simplemente coordinar sus actuaciones con esta nueva institución. La Ley entre

---

<sup>33</sup> La desconcentración consiste en una forma administrativa que implica el traspaso de la titularidad y el ejercicio de una competencia que le corresponde asumir a una organización determinada, a otro órgano de la misma administración pública, jerárquicamente dependiente del primero. Se distingue de la descentralización en que esta consiste en atribuir facultades de decisión a algunos órganos de la administración. De esta forma se aprecia que la desconcentración es sólo una variante dentro de la modalidad organizativa centralizada.

otras cosas habilita a ASSE a que contrate con privados ciertos servicios y a que se transfieran a los gobiernos departamentales las potestades necesarias para administrar el funcionamiento de estos centros. Como en tantas otras arenas de política, a diferencia de otros países de la región como Argentina, este proceso de transferencias a los gobiernos sub nacionales se produjo en Uruguay de manera gradual y poco profunda, entre otras cosas porque a pesar de la legislación, no se produjo ningún tipo de traspaso de funciones.

La infraestructura de ASSE constaba en ese momento de 49 hospitales generales, 12 hospitales especializados, 191 policlínicas y 18 centros de salud. Para el año 1991, se atendían en establecimientos públicos un 28,8% de la población: un 15,8% de los residentes en Montevideo y 41,7% de los residentes del Interior del país (SMU, 2002).

Por otra parte, si bien el retorno a la democracia trajo aparejada la re institucionalización del BPS, la estructura básica de los seguros de enfermedad no se cambió en relación a la situación configurada durante el período dictatorial.

En cuanto al subsector privado, el retorno a la democracia no tuvo ningún impacto en la mayoría de las tendencias ya mencionadas del mismo, ya que por un lado las IAMC continuaban creciendo al influjo de los afiliados de la seguridad social – mediante DISSE – y por otro las instituciones de emergencia móvil también fueron creciendo en afiliados e incluso en diversidad de prestaciones. Sin embargo, a pesar de este crecimiento, la situación financiera de las IAMC no mejoró, e incluso se fue agravando a lo largo de los primeros años de la década del noventa, llegando en algunos casos a tener déficits del entorno del 20% (SMU, 2002).

Pero por otra parte, sí se registraron algunos cambios en áreas como el régimen de afiliaciones de estas instituciones. Básicamente, mediante el Decreto 102/986 se restablecieron las limitaciones existentes antes del año 1983, lo que habilitó nuevamente a estas instituciones a poder establecer límites de edad para el ingreso y limitaciones en los derechos del usuario que presentara ciertas patologías antes de afiliarse; lo que claramente impactó sobre la equidad de la atención y permitió consolidar una estructura de selección de riesgos amparada por las propias autoridades públicas.

Más adelante, mediante el Decreto 301/987 se derogaba un Decreto anterior que establecía los requisitos de funcionamiento de las IAMC (87/983) y básicamente se eliminaba el determinante del número de afiliados, por lo que la habilitación de las estas instituciones quedaba centrada únicamente en cuestiones asociadas a la infraestructura asistencial.

También durante estos años, comenzó a crecer dentro del sistema de atención el peso de las instituciones de seguros privados, que se basan en la utilización de la infraestructura ya instalada y que ofrecen diversos tipos de cobertura de acuerdo al

tipo de contrato ajustado a la capacidad de pago del usuario. Este esquema de seguro estaba orientado principalmente a las personas de ingresos más elevados, y rápidamente se caracterizaron por la facilidad de acceso a los servicios que brindaban, especialmente en relación con algunos de los problemas endémicos del sector como los tiempos de espera. Por otra parte, el desarrollo de estas empresas se vio favorecido por dos factores: en primer término, nunca se desarrolló un marco normativo específico que regulara su funcionamiento, en consonancia con la “ausencia” del MSP como órgano rector del sistema; pero también hay que considerar en segundo lugar que en dicho momento los postulados de organismos como el BM en materia de atención sanitaria promovían insistentemente un papel central de estos esquemas en las reformas de los sistemas sanitarios que promovían.

En este sentido, durante los primeros años de la década del noventa se presentó una propuesta de reforma del sector, compatible con las propuestas de Organismos Financieros Internacionales como el Banco Mundial (BM), que como ya fue mencionado en el Capítulo V, en el año 1993 presentaba como centro de las reformas “sugeridas” tres objetivos básicos: un gasto sanitario efectivo desde el punto de vista de los resultados; asociado a esto, contención de costes; y cobertura universal (Moreira & Setaro, 2002). En caso de aplicarse estas medidas, el sistema se vería orientado directamente hacia el predominio de los prestadores privados, quedando el subsector público, encarnado en el MSP y ASSE, como regulador del sistema y proveyendo únicamente un paquete de servicios mínimos destinados a las personas de menores ingresos.

A lo largo de la década del noventa continuaron los acuerdos entre los diferentes actores sectoriales en relación a la crítica del modelo existente, al igual que las discrepancias en materia de propuestas de cambio. Así, en la campaña electoral de 1994 las principales diferencias de las propuestas se encontraban en las relacionadas con la forma de financiamiento del sistema – que oscilaba entre opciones de diferentes seguros totales o parciales y propuestas más cercanas a lógicas de mercado – rol y formas de participación de los usuarios, pertinencia del Estado como prestador de servicios y la posibilidad de construir un Sistema Nacional de Salud.

Parte de la explicación de las razones del fracaso de estas diversas iniciativas de reforma del sector sanitario en Uruguay, se encuentra en el reconocimiento de la complejidad del entorno político-institucional, caracterizado por su fuerte institucionalización y la gran diversidad de actores, tanto en número como en intereses y recursos de poder. Dichos actores – tanto políticos como sindicales y empresariales – conforman en conjunto una gran variedad de puntos de veto que terminan determinando la adopción de cambios tan graduales y negociados, que generalmente los mismos terminan perdiendo gran parte de los principios originales.

Reforzando esta caracterización, el fuerte componente estatista de la matriz de protección social uruguaya acarrea una serie de apoyos políticos y ciudadanos que ofician como coalición de defensa contra iniciativas de corte privado y competitivo (Moreira & Setaro, 2002). En este mismo sentido, autores como Castiglioni agregan algunos factores que ayudan a entender las dificultades de la promoción de cambios estructurales en las políticas públicas en Uruguay en las últimas décadas: la fragmentación del sistema de partidos ya reseñada –sobre todo al interior de los mismos– y un relativo balance entre los poderes del Ejecutivo y el Legislativo, darían como resultado una dispersión relativa de la autoridad, que también atenta contra el liderazgo en la promoción de las reformas (Castiglioni, 2005).

Quizás reconociendo estos posibles bloqueos, el documento del BM antes mencionado establecía dos “alternativas políticas” en relación al estilo de la reforma. Una opción más ambiciosa, que promovía la transformación integral a partir de la creación de un Fondo Nacional que nucleara los diversos aportes, y la existencia de una canasta básica obligatoria que debían ofrecer todos los prestadores, para permitir que el resto de servicios quedaran librados al juego del libre mercado en cuanto a precios, calidad, etc.

La segunda alternativa en cambio, se ajustaba más al contexto del país, ya que promovía la realización de una serie de ajustes parciales entre los cuales se encontraba *“(...) sistema de gestión descentralizada para hospitales públicos y la posibilidad de generar ingresos a través de la venta de algunos servicios a terceros. Se pretende definir categorías de usuarios de ASSE de acuerdo a niveles de ingreso”* (Moreira & Setaro, 2002). Esta propuesta implicaba claramente un viraje hacia opciones de focalización de los tipos de prestaciones, al tiempo que de acuerdo a las categorías utilizadas por Filgueira (2007), podríamos decir que la misma mantenía y reforzaba la estratificación existente, sobre todo a raíz de la contratación libre de gran parte de los servicios sanitarios.

Al inicio de la segunda presidencia de Julio María Sanguinetti (Partido Colorado) en el año 1995, se presentó una propuesta de cambios en el sector sanitario uruguayo por parte del ministro de ese entonces, Alfredo Solari, que entre otras cosas intentaba nuevamente reposicionar al MSP como institución rectora del sistema de atención sanitario, otorgarle mayor importancia a los médicos de familia, avanzar hacia la descentralización del sistema a través de la autogestión de los hospitales –principalmente los del interior del país– una mayor autonomía para ASSE, y focalizar el gasto proveniente de las rentas generales del Estado hacia aquellas personas que demostraran carecer de los recursos suficientes para su subsistencia (Piotti, 2002; Moraes & Filgueira, 1998). También estuvo incluida dentro del conjunto de propuestas la de aprobar un Estatuto Único del Trabajador de la salud, equiparando lentamente los salarios públicos a los existentes en el sistema mutual. Pero esta iniciativa, que como se verá más adelante recogía algunas de las propuestas realizadas

posteriormente por el Frente Amplio, fue bloqueada en su totalidad por diferentes actores y por causas dispares.

Entrevistado para este trabajo, Solari identificó como principales líneas de su propuesta: *“...la transformación de ASSE en un servicio descentralizado, o sea con mucha mayor autonomía; la obligación de que DISSE diera a sus afiliados la posibilidad de afiliarse en ASSE por una cuota; y la concentración en el MSP de muchas tareas que hoy están asignadas a otras reparticiones estatales pero que son propias de una política de salud (Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer, de lucha Antituberculosa, Zoonosis, Cardiovascular). Todas funcionan con recursos del Estado, todas elaboran políticas de salud, pero están fuera de la órbita del ministerio.”* (Entrevista a Solari, 2011)

En dicho encuentro, Solari también señaló que particularmente en el tema de la descentralización de ASSE y la decisión de que esta institución fuera una opción para los afiliados por DISSE, la principal oposición vino del lado de la Federación de Médicos del Interior. Esto es fácil de entender por el hecho de que en el interior del país la evolución del sistema existente les había permitido a los médicos acumular gran poder económico y una autonomía casi total en el manejo de los recursos disponibles. En ese sentido, una situación nada extraña podía ser la de un médico que, al mismo tiempo que pertenece a la dirección de una IAMC y atiende en ella, al mismo tiempo también posee cierta cantidad de horas destinadas a la atención en los centros públicos del departamento. Esta situación plantea sin lugar a dudas una serie de conflictos de interés muy importantes, y muchas veces la misma derivaba en que un paciente determinado era diagnosticado en el privado, pero atendido con la infraestructura del prestador público, por lo que la IAMC cobraba la orden de atención pero no cargaba con los costos asociados a la atención del paciente.

199

Pero incluso con el resto de las propuestas la discusión parlamentaria no hizo más que poner en evidencia las diferentes concepciones que existían sobre el sector, al tiempo que la forma en que el proyecto fue elaborado y presentado – sin dialogar ni intercambiar propuestas con los actores involucrados en el sistema y enviando la propuesta dentro de la Ley de Presupuesto, limitando así la capacidad de introducir cambios – despertó resistencias desde casi todos los actores centrales.

La propuesta presentada no ofrecía una clara expansión en la cobertura y/o beneficios, y por el contrario, sí implicaba recortes y generación de ahorros a través de la limitación de los subsidios al sector privado (Moraes & Filgueira, 1998). De este modo, mientras que por un lado los perdedores estaban claramente identificados – especialmente los médicos del Interior afiliados a FEMI debido a que es en dichas zonas donde el prestador público se constituiría rápidamente en un competidor por usuarios con el sector mutual – no terminaba de quedar claro hacia dónde se dirigían



esos recursos; imposibilitando por lo tanto la conformación de una coalición de apoyo clara y firme.

De cualquier manera, muy probablemente la principal razón del bloqueo a esta iniciativa se encuentre, como bien consigna Castiglioni (2005) y confirma el propio Solari, en que claramente las prioridades políticas del gobierno no presentaban en los primeros lugares de la agenda la reforma del sector sanitario. *“El segundo gobierno de Sanguinetti tenía cuatro prioridades: educación primaria, seguridad social, bajar la tasa de inflación e insertarse en el MERCOSUR. Yo no era prioridad, y estaba de acuerdo con eso, porque la educación estaba mucho más desarticulada que la salud. Yo creo que el gobierno pasado erró en esto porque la prioridad en la administración de Tabaré no era la salud, era la educación. Perdón, y había otro elemento más en el 95: el gasto en salud representaba el 11% del PBI, era el segundo gasto más alto en el mundo después de Estados Unidos. ¿Sacarle plata para reorganizarla y además reformar los servicios? Solo un loco.”* (Entrevista a Solari, 2011)

Finalmente, la Ley 16.736 aprobada en 1996, dejó establecidos una serie de principios generales que debían regir la Reforma del Estado: que la actividad estatal se centrara en los cometidos esenciales, reformulando las estructuras organizativas hacia estructuras más flexibles y con capacidad de competir, ya sea entre unidades estatales o con el sector privado; al tiempo que a nivel de recursos humanos se debería tender a una lógica claramente gerencial, como complemento al resto de los cambios. Respecto al MSP en particular, en consonancia con lo anterior, se debían fortalecer exclusivamente las competencias referidas a la formulación de políticas generales y su acción normativa y de control (Piotti, 2002).

En líneas generales, no se consignaron grandes propuestas de cambio durante la administración de Jorge Batlle (Partido Colorado) en el período 2000-2004. Quizás este hecho se puede adjudicar a la fuerte crisis económica que sufrió el país – y sobre todo países vecinos como Argentina – lo que hizo focalizar esfuerzos en otras áreas de política. Igualmente, en la campaña electoral de 1999, previo a que la crisis se desatara, tampoco aparecieron grandes propuestas en la materia. Dentro de la oferta electoral presentada por el Frente Amplio, destacaba en materia sanitaria la propuesta de adoptar la estrategia de Atención Primaria en Salud como eje del sistema; promover la coordinación entre los subsistemas público y privado; reforzar presupuestal e institucionalmente al sector público; incorporación de usuarios y trabajadores a la conducción de las IAMC; disminución o incluso eliminación de los diferentes copagos existentes; y la creación de una Junta Nacional Coordinadora de la Salud, que tendría como función controlar la coordinación antes mencionada (Programa aprobado por el III Congreso extraordinario “Alfredo Zitarrosa”, 1998).

## VII.6. Recapitulación

El principal objetivo de este capítulo fue el de identificar aquellas características constitutivas del sistema sanitario uruguayo, su evolución, así como también presentar algunos de los principales intentos por reformar o transformar las estructuras y/o relaciones de poder existentes. En este sentido, el repaso de lo presentado hasta aquí permite caracterizar a la configuración de los servicios de salud en Uruguay con un claro componente dual, donde la asistencia a los trabajadores formales, su núcleo familiar directo y aquellas personas que pueden hacerse cargo de los costos de la atención se efectiviza a partir de instituciones de asistencia médica colectiva sin fines de lucro; y en el que aquellas personas que carecen de los recursos suficientes para solventar estos gastos son atendidos por dependencias públicas.

Esta organización quedó plasmada por un lado, desde finales del siglo XIX con el surgimiento de diversas organizaciones de carácter mutual – con base fundamental en los colectivos inmigrantes – que fueron creciendo y especializándose en las décadas posteriores; y por otro, con una débil presencia estatal fundamentalmente en materia de regulación de dichas actividades asistenciales. En líneas generales, las sucesivas normas que pretendieron marcar una presencia estatal en el control del accionar del sistema mutual, se limitaron en su mayoría a reconocer legalmente situaciones o realidades que se habían impuesto por la vía de los hechos.

Otro rasgo a destacar de la evolución histórica presentada, es el hecho de que prácticamente todos los grandes cambios institucionales y normativos que lograron pasar el ámbito legislativo, lo hicieron en contextos no democráticos. Como ejemplos de este punto pueden mencionarse la propia creación del Ministerio de Salud Pública en 1934 y la renovación del marco regulatorio de las IAMC junto a la creación del Fondo Nacional de Recursos durante el período 1973-1984.

Como tercer punto a tener en cuenta para lo que queda de esta investigación, aparece una inquietud bastante continuada por reorganizar o directamente reformar los servicios de salud existentes, tanto en sus componentes de provisión, como de financiamiento y gestión. Estas propuestas básicamente se encontraban ubicadas entre la creación de un Seguro Nacional de Salud, o de forma más ambiciosa, un Sistema Nacional de Salud. Como ya fue mencionado, ninguna de estas propuestas – por diferentes motivos – logró pasar las primeras instancias parlamentarias, lo que coloca al Poder Legislativo como un punto de veto absolutamente relevante para entender el éxito o fracaso de los diferentes intentos reformistas, debido entre otras cosas al hecho de que en el espacio de las Comisiones parlamentarias, los diferentes actores ejercer su capacidad de presión y lobby, sumado al hecho de que un número relevante de legisladores son médicos de profesión, lo que complejiza aún más el escenario.

A continuación, el Cuadro 13 presenta una síntesis de los proyectos presentados, con sus principales características:

**Cuadro 13. Principales proyectos de reforma del sistema de salud presentados en el período 1930 - 2000**

Año	Propuesta	Promotor/es y Partido Político de pertenencia	Principales cambios propuestos
1931	Creación de un Seguro de Enfermedad	Sindicato Médico del Uruguay	El seguro sería administrado por el BSE, siguiendo la experiencia de seguros sociales existente en Alemania
1941	Creación de un Seguro de Enfermedad obligatorio	No se dispone de dicha información	Seguro obligatorio para todos los ciudadanos menores de 65 años que se encontraran en actividad y con salarios inferiores a un monto especificado
1947	Creación de un Seguro Social de Salud	No se dispone de dicha información	Cubriría a todas aquellas personas en actividad o que percibieran ingresos como las jubilaciones. El seguro habilitaba la libre elección de médicos por el paciente
1952	Plan de Socialización de la medicina	José Pedro Cardozo y Arturo Dubra (diputados del Partido Socialista)	Modelo inspirado en el NHS británico, proponía reorganizar el sistema en torno a los médicos de familia, e integrar a las IAMC y a los servicios asistenciales públicos en un único sistema
1959	Creación de un Seguro de Enfermedad	Enrique Erro (Partido Nacional)	Se crearían varios seguros: de enfermedad, de paro, de invalidez y vejez; obligatorios para los mayores de 18 años, y financiados por aportes de los trabajadores según nivel de ingreso y por nuevos impuestos
1963	Creación de un Seguro de Asistencia Nacional y Subsidio por Enfermedad	No se dispone de dicha información	Incorporaría a los trabajadores públicos, privados y a los jubilados dentro del mismo esquema de aseguramiento
1967	Creación de un Seguro Social	Aquiles Lanza y Hugo Batalla (Partido Colorado)	Seguro obligatorio gestionado por el BPS, que ofrecería prestaciones asistenciales y económicas. Habría libertad de elección de la IAMC por parte del asegurado. Su financiamiento se daría por un aporte del 5% de los salarios y pensiones, 5% por los empleadores y 2% de las retribuciones aportado por el Estado
1968	Creación de un Seguro Social	No se dispone de dicha información	Además de los componentes de la propuesta anterior, incluía la creación de Direcciones Regionales que coordinarían

			las prestaciones del territorio
<b>1972</b>	Creación de un Sistema Nacional de Salud	Francisco Purriel (Ministro de Salud Pública, afiliado al Partido Socialista)	El nuevo sistema funcionaría bajo la órbita del MSP, absorbiendo los seguros parciales, IAMC, y todos los prestadores públicos. Seguro obligatorio para toda la población
<b>1984</b>	Creación de un Servicio Nacional de Salud	Sindicato Médico del Uruguay	Servicio de naturaleza pública, organizado regionalmente, e institucionalizado como organismo descentralizado del MSP
<b>1984</b>	Creación de un Sistema Nacional de Salud	CONAPRO	Integraría a los subsectores público y privado, participación social en la dirección de los centros de asistencia, y financiado mediante un Fondo Nacional de Recursos tripartito
<b>1985</b>	Creación de un Sistema Nacional de Salud	Raúl Ugarte Arola (Ministro de Salud, perteneciente al Partido Nacional)	Creaba un servicio público descentralizado, concentrando la rectoría en el MSP
<b>1986</b>	Creación de un Sistema Nacional de Salud	Bancada del Partido Nacional	Mantenía la composición mixta del sistema, aunque se organizaría regionalmente. Su financiamiento se daría mediante las contribuciones de la ciudadanía y aportes del Estado, y sería administrado por un servicio descentralizado
<b>1995</b>	Reestructura del sector sanitario	Alfredo Solari (Ministro de Salud, perteneciente al Partido Colorado)	Reorientar el sistema hacia los médicos de familia, autogestión de los hospitales, y descentralización de ASSE. También habilitaba a que los asegurados por DISSE pudieran optar por atenderse en los centros públicos

Elaboración propia

El siguiente capítulo se adentrará en las condiciones del sector sanitario uruguayo existente al momento en que se produjo la victoria electoral del Frente Amplio (2004) así como también presentará los diferentes actores – con sus respectivas características e intereses – que intervinieron en la formulación y posterior aprobación del proyecto de reforma, o bien fueron impactados por los cambios aprobados. De esta manera, se intentará determinar cuáles fueron las condiciones políticas e institucionales que favorecieron la aprobación parlamentaria del Sistema Nacional Integrado de Salud, los cambios producidos entre el proyecto originalmente presentado y el aprobado, los debates parlamentarios a nivel de comisiones y plenarios, y finalmente, una valoración de la marcha de la implementación de los cambios, con sus resistencias y éxitos.

## CAPÍTULO VIII. El Sistema Nacional Integrado de Salud: contexto de surgimiento, proceso político y primeros años de su implementación

### VIII.1. Introducción

La campaña electoral previa a las elecciones celebradas en Octubre del 2004 tuvo como principal foco las consecuencias y responsabilidades políticas en relación a la fuerte crisis económica y social que había tenido su punto más dramático en el año 2002. Allí, los registros de pobreza e indigencia se dispararon: la pobreza extrema pasó de un 2,03% en el 2001 a 5,99% en el 2004 – con un pico de 7,26% en Montevideo – al tiempo que los niveles de pobreza para el conjunto del país pasaron del 27,01% al 40,96% en ese mismo período (Borgia, 2008). En este contexto, los dos partidos tradicionales fueron responsabilizados por gran parte de la ciudadanía, abonando un cambio en las preferencias electorales que ya se venía configurando desde el retorno mismo de la democracia en el país, con un crecimiento constante de los apoyos hacia el Frente Amplio.

Dicho crecimiento se produjo fundamentalmente a partir de dos procesos simultáneos: por un lado, el recambio generacional, ya que se comenzó a percibir una fuerte relación entre jóvenes y apoyos electorales al FA; y por otro, una marcada moderación en el discurso y la oferta electoral de este partido, que de esta manera le comenzó a disputar a los restantes partidos una importante porción del electorado de centro o incluso centro-derecha del espectro ideológico. Esta estrategia de adaptación y renovación del FA tuvo por ejemplo para Jaime Yaffé tres componentes principales: *“En primer lugar, el ejercicio de la oposición, sin pausa pero flexible, por momentos radical, por momentos moderada, frente a los gobiernos de los partidos tradicionales, en particular frente a las reformas promovidas e implementadas por ellos. En segundo lugar, la moderación ideológica y programática. Y en tercer lugar, una política de alianzas que le permitió ampliar las fronteras de la izquierda, incorporando, en sucesivos círculos concéntricos, nuevos socios ubicados más hacia el centro que el propio FA.”* (Yaffé, 2005)

Las elecciones ya mencionadas confirmaron estas tendencias, y le otorgaron a la candidatura de Tabaré Vázquez – presidente del Frente Amplio, perteneciente al Partido Socialista – mayoría absoluta en ambas cámaras; hecho que sumado a la estrecha relación que históricamente tuvo el FA con el actor sindical, determinaron que el nuevo gobierno gozara de amplios apoyos y tiempo para poder llevar adelante un programa de gobierno que no obstante la moderación comentada, todavía presentaba la disposición de acometer una serie de reformas de carácter estructural, y

sobre todo diferentes cualitativamente a las políticas implementadas por los Partidos Colorado y Nacional durante la década del noventa e inicios del siglo XXI. Las mismas pretendían de forma general para el plano productivo, reposicionar al Estado como agente activo en la promoción y generación de las condiciones necesarias para la competitividad y crecimiento de diferentes sectores productivos.

En el área social, los principales cambios propuestos también mostraban como objetivos la revalorización del accionar público como factor determinante para alcanzar mayores y mejores condiciones de equidad e igualdad entre los diferentes sectores sociales del país. En este sentido vale la pena destacar por ejemplo la decisión de volver a convocar el Consejo de Salarios tripartito, existente en Uruguay desde el año 1943, pero abandonado durante la década del noventa con el gobierno de Lacalle (PN). Por otra parte, en relación al resto de las principales áreas de bienestar como la educación y la seguridad social, las acciones se orientaron a generar grandes diálogos sociales sectoriales, donde eran invitados todos los actores interesados y la sociedad en general, para debatir acerca de las orientaciones que deberían guiar una posible reforma del sistema existente.

No es este el espacio para detenerse en una evaluación y valoración de los efectos y el funcionamiento de estos espacios, pero sí merece la pena destacar en materia de seguridad social un cambio en el discurso del nuevo partido de gobierno, quien pasó de ser firme activista en contra de la reforma de pensiones realizada en el año 1995, que estableció un sistema mixto de capitalización individual; a no discutir la continuidad del nuevo modelo al acceder al poder.

205

---

Pero sin lugar a dudas, una de las mayores innovaciones en materia de protección y asistencia social vino por el lado de la creación de una nueva institucionalidad sectorial – el Ministerio de Desarrollo Social – y la implementación dentro de su estructura de un conjunto de acciones destinadas a enfrentar los principales efectos sociales resultantes de los años anteriores: el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES). Los principales cometidos de esta nueva cartera incluían tanto la implementación de las políticas tendientes a paliar los severos efectos de la crisis económica, como el ejercicio de un rol de coordinador del conjunto del área social del Estado uruguayo, como forma de avanzar hacia prácticas de corte intersectorial (Midaglia & Castillo, 2010).

Este capítulo se organiza de la siguiente manera. En primer lugar, se realizará una caracterización de la realidad del sector sanitario uruguayo en los años previos a la aprobación de las leyes que dieron nacimiento al Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta caracterización incluye entre otras cosas una presentación y descripción de los principales actores involucrados con la temática, sus intereses, y sus posturas ante la reforma. En segundo lugar, se realizará – en la medida de lo posible – una reconstrucción del proceso de formulación de la propuesta, intentando identificar allí

los puntos de veto que surgieron, las coaliciones construidas, así como también las diferencias entre lo propuesto por el gobierno y lo finalmente aprobado. Por último, el capítulo se cerrará con una presentación de las primeras etapas de implementación del SNIS, las dificultades existentes y la actuación de los diversos actores en el proceso.

## VIII.2. El sector salud en Uruguay antes del SNIS

De forma similar a otros sectores del área social, el panorama específico de la salud en el país era de fuerte crisis sectorial, tanto en el subsector público como privado. Dicha crisis era aceptada tanto por el conjunto del espectro político como por los actores sectoriales no partidarios como los sindicatos médicos y los trabajadores no médicos. Sin embargo, esta confluencia no había logrado traducirse en un abordaje conjunto y consensuado a estos problemas, a pesar incluso de que muchas de las propuestas lanzadas por cada uno de estos actores – como se verá más adelante – prácticamente no diferían sustantivamente entre sí.

De acuerdo a un informe del MSP al inicio del gobierno del FA, los principales problemas del sistema de salud podrían resumirse en:

- Estancamiento y pérdida de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a una nueva estructura epidemiológica de riesgos.
- Predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista.
- Situación del multiempleo del personal de la salud, que conspira contra la calidad de la atención.
- Crisis sostenida del sistema mutual, en los aspectos asistenciales y de financiamiento.
- Dificultad para acceder y utilizar la cobertura de atención formal, que redundaba en una atención episódica y despersonalizada.
- Deficiente organización del sistema de financiamiento y una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles.
- Crisis de confianza de los usuarios en el sistema y en los equipos de salud.
- Débil desarrollo del rol Rector del Ministerio de Salud sobre el sistema de salud. (MSP, 2009)

Al año 2006, antes de la puesta en marcha de las principales transformaciones planteadas en el proyecto de reforma que se analiza en este trabajo, la cobertura en la atención – considerando por un lado Montevideo y por otro el resto del país – indicaba que en la capital del país, un 38,4% de las personas estaban atendidas por alguna de las instituciones públicas disponibles, y el restante 57,6% se atendía en instituciones

privadas (MSP, 2009). Sin embargo, cuando se observan los datos para el interior del país, se advierte que esta relación se invierte, con un 59,2% de las personas atendidas en el sistema público, y un 38,3% en las instituciones privadas.

El siguiente Cuadro muestra la distribución de la cobertura en los momentos previos a la efectiva implementación del nuevo sistema, separada por subsectores y a nivel territorial entre Montevideo, el interior del país y las pequeñas localidades rurales. Allí se observa por ejemplo la mencionada polarización entre ASSE e IAMC, además del rol marginal de los seguros privados.

***Cuadro 14. Porcentajes de cobertura sanitaria de la población, según utilización de servicios. Año 2006***

	Montevideo	Interior	Rural con menos de 5.000 habits.	Total
<b>Instituciones Públicas</b>	<b>38.4</b>	<b>59.2</b>	<b>58.9</b>	<b>50.8</b>
MSP-ASSE	26.3	50.5	53.1	<b>40.6</b>
Hospital de Clínicas	0.5	0.1	0.1	<b>0.3</b>
Sanidad Policial	2.5	3.7	1.5	<b>4.1</b>
Sanidad Militar	4.5	3.7	1.5	<b>4.1</b>
Policlínica Municipal	3.8	1.3	1.4	<b>2.3</b>
BPS	0.8	0.8	0.9	<b>0.8</b>
<b>Instituciones Privadas</b>	<b>57.6</b>	<b>37.5</b>	<b>38.3</b>	<b>45.7</b>
IAMC	55.1	35.6	37.1	<b>43.6</b>
Seguro Privado Parcial	0.6	1.6	1.0	<b>1.2</b>
Seguro Privado Quirúrgico	0.1	0.0	0.0	<b>0.0</b>
Seguro Privado Integral	1.8	0.3	0.2	<b>0.9</b>
Otro	<b>0.8</b>	<b>0.9</b>	<b>1.0</b>	<b>0.8</b>
No se atiende	<b>3.2</b>	<b>2.4</b>	<b>1.8</b>	<b>2.7</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: INE, 2007 citado en MSP, 2009

En relación al gasto por usuario en ambos subsistemas, los datos recogidos por las Cuentas Nacionales en Salud del año 2006 indican que para ese entonces, el gasto mensual promedio para la población usuaria de los diferentes servicios asistenciales era de \$ 903 en el subsector privado, y de \$ 342 en el subsector público, demostrando



así las enormes inequidades existentes al interior del sistema en su conjunto (Economía de la Salud, 2006). Esto se explica fundamentalmente por el hecho de que, a pesar de contar con un número de afiliados prácticamente idéntica, el reparto del conjunto de los recursos destinados a la atención sanitaria en Uruguay se repartían de forma extremadamente inequitativa: mientras el subsector privado en su conjunto recibía alrededor del 74,6% de dichos recursos, las instituciones de asistencia de carácter público solamente usufructuaba el 25,4% de los mismos (Economía de la Salud, 2006).

Estas fuertes disparidades entre subsectores en términos presupuestarios y de calidad del sistema se comenzaron a producir, a juicio de uno de los entrevistados – quien en ese momento desempeñaba un alto cargo político en el ministerio – a partir de la década del noventa. En este sentido, el entrevistado decía que: *“...no era un sistema, estaba al borde del colapso porque el sector público casi no existía y el sector mutual se estaba fundiendo rápidamente. Este diagnóstico se profundiza primero durante la década del noventa y luego nuevamente con la crisis del 2002.”* pero además, estos problemas se vieron acentuados fuertemente con la crisis del año 2002, *“Hasta el 97, 98, el sistema resolvía los problemas a través de la inflación. Una inflación de 20% cuatrimestral, y como las instituciones diferían sus pagos, cuando pagaban lo hacían con un 20% menos. A medida que fue bajando la inflación la situación igual estaba controlada porque las afiliaciones crecían, el endeudamiento comenzó a jugar un papel muy importante (...) Lo que hace el 2002 es desnudar los problemas de financiamiento y de la calidad asistencial. No creo que hayan aparecido nuevos temas.”* (Alto funcionario público 4, 2011).

### VIII.2.1 - Los actores del sector salud

Los actores con los que debía lidiar el Frente Amplio a la hora de implementar sus iniciativas de reforma pueden ser nucleados en cuatro grandes categorías: los usuarios, los trabajadores, las organizaciones médicas gremiales y los prestadores privados.

Del lado de los trabajadores, es necesario aclarar en primer término que en Uruguay existe una única central sindical que nuclea a casi la totalidad de los trabajadores sindicalizados, el PIT-CNT. Si bien en términos formales se trata de una sindical única, lo cierto es que como toda federación, a la interna posee posturas contradictorias o matices importantes sobre algunos temas. Dentro del PIT-CNT, los gremios a tener en cuenta para el caso del sector salud son los siguientes: la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), que nuclea a trabajadores no médicos del sector privado y mutual; la Federación de Funcionarios de la Salud Pública (FFSP) que está integrada por los trabajadores no médicos del sector público; la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas; y los gremios de los funcionarios de la salud del Banco de Previsión Social (BPS) y del Banco de Seguros del Estado (BSE).

Estos gremios, pusieron en común sus aspiraciones para la reforma del sector en el 7° Congreso del PIT-CNT del año 2001. Quizás el matiz más importante a destacar entre estos actores sea la aspiración de parte de la FUS de alcanzar un sistema de seguro universal que integre y coordine a los subsectores público y privado por un lado; y la búsqueda de parte de la FFSP de construir un sistema único estatal. De cualquier manera, la propuesta del gobierno de un sistema integrado fue apoyada por esta última organización, en el entendido que el mismo no era más que un paso previo hacia su objetivo final (Rodríguez Araujo & Toledo, 2010).

Dentro de las organizaciones gremiales médicas sobresalen el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y la Sociedad Anestésico-Quirúrgica (SAQ). La primera organización de este tipo fue el SMU, nacido en 1920 y con una clara impronta capitalina, ya que la inmensa mayoría de sus afiliados eran y son médicos que ejercen sus tareas en Montevideo. Tiene a su cargo además una de las principales IAMC en cuanto al número de afiliados: el CASMU. Si bien a inicios de la legislatura este colectivo mostraba clara afinidad con los postulados del gobierno entrante, esta situación cambió en el año 2006 cuando el SMU pasó a ser dirigido por sectores asociados a los partidos tradicionales de centro-derecha (Rodríguez Araujo & Toledo, 2010). Lógicamente, este hecho automáticamente redundó en un cambio de postura del SMU respecto a la reforma, aunque posteriormente la correlación de fuerzas volvió a cambiar, y los dos últimos periodos del SMU han tenido direcciones más afines a la línea política del gobierno.

Por otro lado, FEMI nació en 1966 y aglutinó desde el inicio a las asociaciones departamentales y regionales de médicos del resto del país. De forma similar a lo presentado para el SMU, esta organización también presenta un carácter dual que viene dado por el hecho de que nuclea a dos tipos de intereses diferentes, representando al mismo tiempo a las instituciones de asistencia médica y a los médicos en tanto profesionales contratados por estas mismas empresas. Actualmente está integrado por 23 instituciones repartidas en los 18 departamentos del país – exceptuando a Montevideo – 22 gremiales médicas. Desde el año 2007, FEMI es dirigida por un militante del Partido Nacional, lo que entre otras cosas ha llevado a que esta organización haya mantenido ciertos recelos hacia la propuesta de reforma del FA, como se observará posteriormente (Rodríguez Araujo, 2011).

Por último, la SAQ es sin lugar a dudas la gremial de menor número de afiliados, pero su peso político y económico la colocan como uno de los actores con poder de veto más fuertes del sistema sanitario uruguayo. Creada en 1992 como una escisión del SMU, la SAQ está integrada por sociedades que agrupan diferentes especialidades (traumatología, ginecología, las cirugías, anestesiología, oftalmología, urología y otorrinolaringología). Desde su nacimiento, esta gremial ha sido de las más conflictivas del sector, ya que apoyándose en la importancia de sus funciones, han presionado a

los sucesivos gobiernos en pos de alcanzar mejoras salariales o “blindar” beneficios ya logrados. En este sentido, un hito a destacar fue la reconfiguración del pago por acto médico que se produjo en 1993 y que benefició a los integrantes de la SAQ enormemente, al punto de que muchos analistas coinciden en resaltar este cambio como el principal desencadenante de la crisis financiera que posteriormente vivieron los prestadores de salud.

Como tercer conglomerado de actores relevantes, aparecen los prestadores privados, tanto con como sin fines de lucro. Dentro de esta categoría serán destacadas las IAMC, que actualmente son 41 (12 en Montevideo y 29 en el interior del país); los seguros privados (6); las Instituciones de Medicina Altamente Especializada (IMAE) y la Cámara de Emergencias y Asistencia Extra-hospitalaria del Uruguay. Este sector es muy heterogéneo en cuanto a dimensión económica, servicios prestados y población atendida entre otras cosas; y además se puede decir que en pocas oportunidades han logrado actuar corporativamente de manera coherente.

Finalmente, en cuanto a los usuarios de los servicios asistenciales, a pesar de conformar el colectivo más amplio en este entramado, lo cierto es que hasta ese momento, los mismos no habían logrado convertirse en un actor relevante y de peso en las diferentes instancias de negociación y decisión. Esto se debe fundamentalmente a la poca capacidad de organización del colectivo, y que en líneas generales habían orientado sus acciones hacia las denuncias de mala praxis y aspectos similares relacionados con la atención en los diferentes centros. Este será sin lugar a dudas uno de los principales focos de las innovaciones en materia de dirección del sistema que incorporará la reforma.

Realizada esta presentación de los principales actores involucrados, “...se puede ver que el escenario es complejo y las lógicas que recorren el accionar de los actores colectivos son múltiples y en algunos casos, contrapuestas. Sin dudarlo, se puede afirmar que el actor paradigmático en ese sentido es el colectivo de los médicos. Su inserción en todos los niveles del sistema, con distintas responsabilidades, hace que sus intereses recorran transversalmente partidos políticos, instituciones prestadoras, gremios, empresas proveedoras de tecnología, etc.” (Rodríguez Araujo & Toledo, 2010)

Pero más allá de la complejidad registrada, lo cierto es que el partido promotor de la reforma ya tenía visualizados los posibles aliados para la conformación de una coalición reformista. En este sentido, la Unidad Temática de Salud del FA identificó como actores sociales con posibilidades de promover la reforma a la FUS, la FFSP, a los trabajadores del Hospital de Clínicas, del BPS y del BSE; y tanto al SMU como a FEMI, aunque también aclaraba que: “...no se trata de un conglomerado exento de contradicciones y pueden generarse dinámicas negativas de disgregación y choques que debiliten los soportes del cambio progresista del sector.” (Publicación del Diario Médico, 2004 citado en Rodríguez Araujo & Toledo, 2010). Por el lado de los posibles

actores con posibilidades de ejercer cierto poder de veto se identificaban en cambio las grandes multinacionales del medicamento, empresarios vinculados a servicios parciales como las emergencias móviles, los sectores asociados a las tecnologías médicas y grupos corporativos que gozaban de beneficios extraordinarios como los anestesiistas (Rodríguez Araujo, 2011).

## **VIII.2.2 Provisión: organización del sistema de atención y capacidades institucionales existentes previo a la reforma**

### **VIII.2.2.a. Red pública de atención sanitaria**

---

Básicamente se puede separar al subsector público de salud en tres grupos. Por un lado se encuentra la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que es el principal proveedor a nivel nacional – considerando tanto al sector público como al privado –; en segundo lugar están aquellos que ofrecen un paquete asistencial integral; y por último aquellos prestadores que brindan paquetes parciales.

Debido a lo impuesto por el Artículo 44 de la Constitución de la República, cualquier ciudadano uruguayo tiene derecho a recibir atención en ASSE, pero para hacerlo en forma gratuita, se debe certificar que no se poseen los recursos económicos necesarios. De acuerdo al informe del Ministerio de Salud Pública, al año 2006 ASSE contaba con los siguientes recursos materiales para afrontar sus funciones: 48 hospitales generales, 11 hospitales especializados, 170 policlínicas y 27 centros de salud (MSP, 2009).

---

211

En líneas generales, ASSE evidenciaba un mal que aquejaba al conjunto de la red pública: la existencia de amplias carencias tanto presupuestales como de cantidad y niveles de retribuciones de recursos humanos. Esto lógicamente tiene repercusiones directamente en pobres indicadores de gestión y una percepción negativa de la ciudadanía en general, que o bien ni siquiera considera como opción la atención en el subsector público, o ante la mínima posibilidad se traslada al sector mutual.

Por otra parte, dentro de la segunda categoría se pueden encontrar instituciones que cubren a colectivos específicos como los militares, los policías o los funcionarios y familiares de algunas empresas públicas. También se encuentra dentro de esta categoría el Hospital de Clínicas, que es propiedad de la Universidad de la República y que además de la atención posee funciones de investigación y enseñanza.

Finalmente, dentro de las instituciones que se hacen cargo de riesgos específicos, cabe incluir al Banco de Seguros del Estado (BSE) que se hace cargo de quienes sufren accidentes de trabajo; los servicios de atención primaria que ofrecen los gobiernos departamentales; los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) y el Banco de Previsión Social (BPS), que atiende a hijos y cónyuges de trabajadores formales que cotizan a la seguridad social.

### VII.2.2.b. Red privada de atención sanitaria

Sin lugar a dudas, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) son las prestadoras más importantes de este subsistema. Su régimen de actuación es a través de la firma con el usuario de seguros de prepago, es decir: los afiliados tienen, mediante el pago de una cuota mensual, acceso a una serie de servicios que exceptuando la atención odontológica y la alta tecnología, es de carácter integral. Dichos servicios podían ser brindados directamente por la institución, o por el contrario, la misma tenía la posibilidad de contratar los servicios de otro prestador. Además, antes de la reforma eran las únicas instituciones habilitadas para trabajar con las personas aseguradas por el BPS (Setaro, 2010).

Consideradas en su conjunto, las IAMC se caracterizan por su heterogeneidad, tanto en tamaño como en servicios ofrecidos o precios de los mismos; lo que determina la existencia de desigualdades importantes entre los beneficios de los diferentes afiliados. Este, sin lugar a dudas, aparece como un espacio esencial respecto a la intervención de las autoridades ministeriales como autoridad en la materia.

El vínculo o afiliación de los usuarios a estas instituciones puede llevarse adelante mediante por ejemplo, la contratación directa y voluntaria, en cuyo caso existe la posibilidad de contratar solamente una canasta parcial de prestaciones mediante el pago de una cuota de menor costo. Además, en Uruguay se da en muchos casos la situación de que los gremios de muchas ramas de actividad contratan de forma grupal los servicios de una IAMC; lo que determina que en la mayoría de los casos, estos afiliados cuenten con descuentos o beneficios extras. Finalmente, el procedimiento más extendido consiste en la afiliación a través de la seguridad social. Son pasibles de esta opción los trabajadores formales privados, pasivos de menores ingresos, funcionarios del Poder Judicial, maestros y profesores de secundaria desde el año 2007. Así, cada uno tiene opción de elegir libremente una IAMC, con la condición de que permanezcan en ella por al menos dos años (MSP, 2009).

***Cuadro 15. Capacidad instalada en ASSE y las IAMC antes de la reforma (2006)***

Capacidad instalada y producción	ASSE	IAMC
Beneficiarios	1.440.264	1.419.407
Nº de camas de cuidados intermedios	4.282	2.894
Nº de camas de cuidados intensivos	170	577
Consultas ambulatorias por afiliado por año	4,25	5,86
Intervenciones quirúrgicas por mil afiliados	33,1	59,72
Médicos cada 1000 usuarios	3,15	4,68
Enfermeras cada 1000 usuarios	3,94	5,21
Técnicos no médicos cada 1000 usuarios	6,34	10,52

Fuente: MSP, 2009

El resto de usuarios del sistema que no optaron por la atención en la red pública ni por los seguros que ofrecen las IAMC, optan generalmente por contratar otro tipo de

seguros con Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP). La diferencia sustancial con las IAMC es que las IAMPP carecen de gran parte de la regulación de la que son objeto las primeras. En líneas generales, estas instituciones ofrecen seguros de cobertura parcial, aunque en los casos en que ofrecen cobertura total, los precios de los seguros son mayores a los que cobran las IAMC (MSP, 2009).

Entre estas modalidades, sobresalen los casos de las emergencias móviles. Si bien en sus orígenes estas empresas aparecieron únicamente en Montevideo, y ocupando un vacío en la atención de emergencias que habían dejado las IAMC. Poco a poco, las mismas fueron avanzando tanto en afiliados – apareciendo también en el interior del país – como en servicios ofrecidos, entre ellos los de atención en policlínica. Este crecimiento determinó que una actividad que en un principio era utilizada como un complemento del sector mutual por las capas medias y altas de la sociedad, al día de hoy se encuentren en ciertos niveles de competencia por nuevos afiliados: las cuotas de las emergencias médicas es menor a la de las IAMC, con el agregado de que las mismas no cobran tiques.

#### VII.2.2.c. Recursos Humanos

---

En líneas generales, respecto a la dotación de recursos humanos con los que cuenta el país, Uruguay presenta a nivel regional una importante cantidad de médicos (38,7 cada 10.000 habitantes comparado a los 24,2 promedio del Cono Sur) pero como contrapartida, el personal de enfermería es mucho menor, además de ser el sector donde se pueden observar las mayores desigualdades entre las diferentes regiones del país. Pero la variable territorial no es la única que explica las diferencias entre profesiones: la pertenencia a un subsector determinado, la especialidad médica, la edad, el sexo, así como los diferentes vínculos contractuales y formas de pago; todos estos factores han conformado una estructura salarial y profesional muy desigual y heterogénea (MSP, 2009).

Las diferencias más importantes entre los médicos del sector público y los que trabajan en sector privado de atención sanitaria, radican en líneas generales en tres dimensiones: el peso del salario en el total de retribuciones; la dedicación horaria a dichos cargos; y las diferencias existentes entre las diferentes especialidades médicas. En ASSE, el salario de los médicos constituye el componente esencial de sus ingresos, no hay grandes diferencias entre las distintas especialidades y sus cargas horarias suelen ser bastante altas. En contraste, los médicos contratados por las distintas IAMC combinan los ingresos por concepto salarial con diferentes pagos por acto médico, y los montos están fuertemente diferenciados de acuerdo a las distintas especializaciones. Finalmente, los cargos del subsector privado se caracterizan por su baja carga horaria, lo que redundaba entre otras cosas en un amplio multiempleo.

#### VII.2.3.d. Rectoría: rol del MSP

---

Esta función es una de las principales misiones del Ministerio de Salud Pública como garante de ciertos mínimos en el nivel de atención y cobertura de la ciudadanía. Sin embargo, dicha función no es propiedad exclusiva del MSP, debido a que al igual que en prácticamente todas las políticas públicas, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) tiene funciones reguladoras. A partir del año 1987, con la creación de ASSE, el MSP ha venido sufriendo varias presiones por desligarse de la prestación directa.

En cuanto a los vínculos entre usuarios e IAMC, quien tenía la principal tarea de regulación era el MEF, quien controlaba administrativamente las distintas cuotas que podían cobrar estas instituciones. Además de la cuota, las IAMC tenían la posibilidad de cobrar diferentes tasas – órdenes de atención médica, técnicas de diagnóstico y tickets de medicamentos –, que tuvieran como objetivo moderar la demanda. La regulación estatal de este tipo de tasas ha variado fuertemente de acuerdo a los distintos vaivenes socioeconómicos, pero a partir de los años noventa las mismas se liberaron de forma importante, lo que derivó en un aumento muy fuerte de las mismas que pasaron a convertirse en una fuente de financiamiento muy importante para la mayoría de las IAMC. Recién hacia el año 2000 el gobierno retomó la labor regulatoria.

Por otra parte, en lo referido a la oferta de los prestadores en infraestructura, las normativas existentes no fijaban claramente ni el nivel mínimo de equipamiento y recursos humanos, ni tampoco un mínimo de afiliados que garantizaran su funcionamiento de acuerdo a la capacidad instalada. Hasta el año 2005, las actividades de rectoría del MSP, como por ejemplo la regulación de precios del sector o la inversión en tecnología y medicamentos, estuvieron fuertemente asociadas al seguimiento de las directrices que enviaba el MEF por un lado; y por el funcionamiento de las lógicas de mercado puras por otro.

La estructura institucional que existía en ese momento para poder dar cumplimiento a estas funciones estaba conformada esencialmente por dos grandes Unidades Ejecutoras: la Dirección General de Secretaría (DIGESE) y la Dirección General de la Salud (DIGESA). Mientras la primera tenía como cometidos todas aquellas funciones relacionadas con la puesta en marcha de toda la estructura burocrática del ministerio – asesoría legal, planificación financiera, recursos humanos – la DIGESA era la unidad que efectivamente debía asumir las tareas de rectoría del sistema de salud en su conjunto, como por ejemplo la regulación y control de las actividades asistenciales de los diferentes prestadores, la evaluación de las tecnologías médicas existentes, y la definición de las orientaciones generales que debían ser adoptadas por el conjunto del sistema (Setaro, 2004).

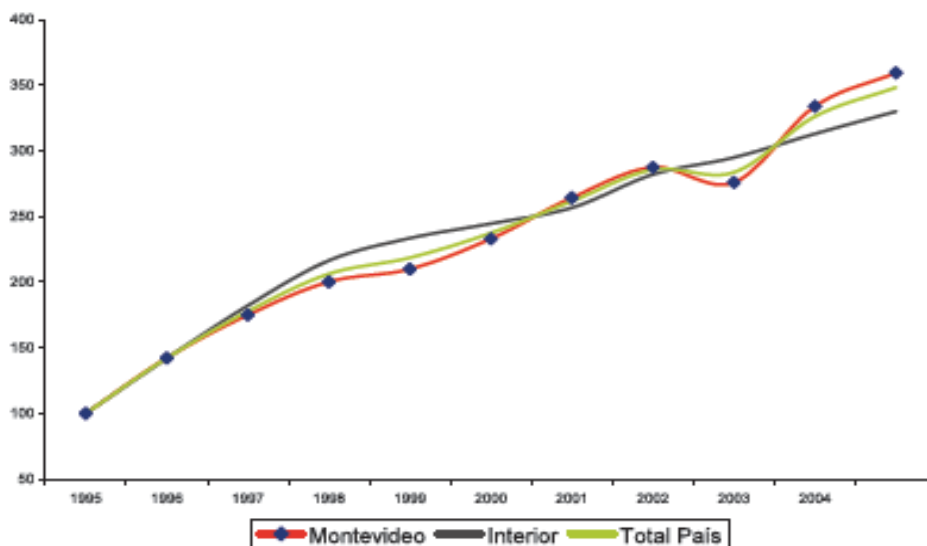
#### VII.2.4.e. Gasto y financiamiento en salud

Uruguay ha tenido históricamente elevados niveles de gasto en salud respecto a su Producto Interno Bruto (PIB) en comparación con el resto de la región, alcanzando para el año 2004 el 8,96% del PIB (MSP, 2009). El financiamiento del sistema corre a cargo de fuentes públicas (rentas generales y aportes de la seguridad social) y fuentes privadas integradas por las cuotas que asumen los individuos al contratar cualquier organismo privado de provisión.

En este punto se puede comenzar a observar determinadas diferencias sustanciales entre los subsectores de esta política pública: a pesar de tener un aporte en relación a los recursos similares, y a tener cubiertos aproximadamente un número similar de afiliados, al año 2004 el subsector privado utilizaba el 74,64% de los recursos, mientras que al subsector público le quedaba únicamente un 25,36% (MSP, 2009). Así, el gasto por usuario en ambos subsistemas es también muy dispar y desigual. Esto se podría explicar por ejemplo a partir del Gráfico 1, donde se observa cómo, en un contexto de escasa regulación estatal sobre la fijación de precios y la caída de la recaudación de los fondos provenientes de la seguridad social, las cuotas mutuales que cobraban los prestadores privados fueron creciendo de forma sostenida en la década anterior a la llegada al gobierno del Frente Amplio.

**Gráfico 1: Cuotas abonados/ Afiliados (1995-2004). Índice base 100 - 1995**

215



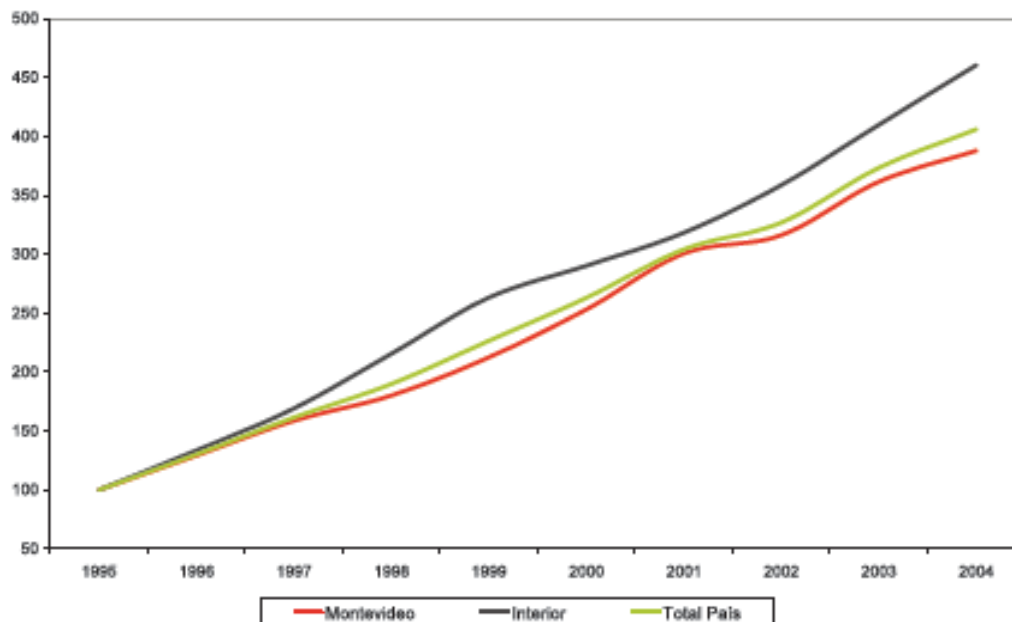
Fuente: SINADI, citado en MSP, 2009.

En este sentido, el diagnóstico que se realizaba desde el Frente Amplio era el siguiente: *“...la estructura de financiación de la salud está agotada y es profundamente inequitativa ya que quienes tienen más aportan menos. Pérdida de equidad y aumento de la injusticia entre el sector público y el privado con una gran diferencia en el monto asignado por usuario entre ambos sectores, y también entre trabajadores con*



*remuneraciones muy dispares para el cumplimiento de la misma función. La cuota única en el mutualismo es en sí misma un factor de inequidad que los tiques y órdenes agravan vulnerando la solidaridad inter generacional y entre sanos y enfermos.” (IV Congreso extraordinario del Frente Amplio, 2003).*

**Gráfico 2. Tasas moderadoras Tickets/Afiliados (1995-2004). Índice base 100 - 1995**



Fuente: SINADI, citado en MSP, 2009.

El Gráfico 2 por su parte, muestra como las llamadas tasas moderadoras también crecieron de forma continuada a lo largo del período 1995-2004, al punto que estos recursos comenzaron a ocupar crecientemente un rol muy importante en la estructura económico-financiera de las empresas del ámbito privado, con o sin fines de lucro. Nuevamente, este factor sumado al aumento mencionado de las cuotas, explica el por qué de las enormes disparidades existentes en relación a los recursos disponibles para los dos subsectores.

El final de la década del noventa y los comienzos del siglo XXI fueron testigos de importantes reducciones en los recursos financieros (remuneraciones e inversiones) del subsector público, al mismo tiempo que debido a la crisis, la cantidad de usuarios de ASSE se vio fuertemente ampliada, acarreado así una importante pérdida de calidad y de niveles de atención. En el año 2002 por ejemplo, los gastos en remuneraciones cayeron un 37% respecto al año anterior, mientras que las inversiones cayeron un 64% entre los años 2002 y 2005 (MSP, 2009).

Esta serie de hechos, agravados con la crisis del año 2002, determinó que el sistema en su conjunto se volviera prácticamente inviable. “Para el año 2000 el Ministerio de Salud realizó una auditoría de gestión sobre las IAMC de Montevideo. Además de las

*debilidades organizacionales y asistenciales, el estudio confirma el sombrío panorama en la situación económico-financiera de estas instituciones.” (MSP, 2009)*

### VIII.3. Propuestas de cambio de los partidos políticos y diferentes actores extrapartidarios

En relación a la oferta electoral en cuestiones asociadas a la salud, para dar cuenta de estos problemas reseñados, las propuestas partidarias en materia de atención, financiamiento y gestión del sector sanitario presentadas fueron las siguientes:

**Partido Colorado.** Partiendo del diagnóstico ya mencionado, el programa del Partido Colorado 2004, “La Revolución del Centro”, plantea entre otras cosas la introducción de contratos como instrumento eficaz para ordenar la complementariedad entre subsectores, de forma de finalizar con la fragmentación del sistema. Por otra parte, proponen la creación de una “Superintendencia de Control de Calidad y Gestión” que se ubicaría en la órbita del MSP, sustituyendo las funciones de los Departamentos del ministerio en materia de regulación del sistema. En dicho documento también se establece la necesidad de cambiar el sistema de seguro gestionado por el BPS (DISSE) para así poder otorgarle mayor libertad de elección a los usuarios; y se postula la intención de orientar el funcionamiento de los hospitales como si fueran empresas privadas, con equipos gerenciales, que compitieran junto a los hospitales públicos por presupuesto y usuarios. Por último, se propone continuar avanzando con el proceso de descentralización de ASSE.

**Partido Nacional.** En las “Bases programáticas para un gobierno de compromiso nacional” presentado por el candidato a la presidencia Jorge Larrañaga, las propuestas en materia sanitaria se estructuran en base a la conformación de un Sistema Nacional de Salud, fundado en criterios de universalidad y equidad social. Estos principios deberían ser garantizados por el accionar del Estado, ya que según el programa: *“Por ser la salud un bien social debe ponerse al margen de las leyes del mercado y de ninguna manera relacionársela con la capacidad adquisitiva del individuo.”* (PN, 2004) En materia de financiamiento, se propone la creación de un Fondo Nacional de Salud, al tiempo que no pretende cuestionar el carácter mixto del sistema. Finalmente, en relación al rol del MSP, el programa del PN promovía el fortalecimiento del rol rector del mismo, por ejemplo a partir de inversiones en materia de planificación y vigilancia epidemiológica.

**Frente Amplio.** También este programa se propone avanzar sustantivamente en la construcción de un Sistema Nacional de Salud, que giraría en torno a un Seguro Nacional de Salud y a la inclusión de los trabajadores y usuarios en la conducción del sistema. En segundo lugar, establecía la búsqueda de un cambio en el modelo de atención, orientado hacia la atención primaria y preventiva, a partir de fortalecer las

policlínicas barriales y la coordinación entre instituciones públicas y privadas. Finalmente, el nuevo sistema debería tener como objetivo principal el aseguramiento de una cobertura universal de la atención sanitaria.

Claramente se puede observar cómo en principio las propuestas del FA y el PN presentan una serie de principios y propuestas compartidas, que sobre todo giraron en torno a la conformación de un Sistema Nacional de Salud; cosa que no ocurre con el PC, que al mismo tiempo es el partido que plantea opciones de reestructura del sistema mucho más cercanas a los postulados más clásicos del paradigma gerencial de reforma administrativa, a partir de la introducción de mecanismos de mercado en la provisión de servicios y en la gestión de las instituciones proveedoras. De cualquier manera, estas posturas no necesariamente fueron mantenidas por los partidos de la oposición durante las instancias de discusión del proyecto de reforma presentado por el nuevo gobierno, como se observará a continuación.

Para dar cuenta del diagnóstico que hacían de esta situación algunos de los principales actores involucrados en el sector salud, conviene observar algunos documentos elaborados por ejemplo por la central sindical de trabajadores de Uruguay, el PIT-CNT. En este sentido, en el año 2001, el documento final del Séptimo Congreso del PI-CNT expresa que *“...el sector cuenta con recursos humanos y materiales suficientes, pero que se distribuyen de forma inequitativa e ineficiente debido a las intromisiones del mercado. A esto se suma la crisis estructural del sector privado de la salud, que es acompañada por el deterioro del rol regulador, normatizador y de contralor que le corresponde al MSP.”* (MSP, 2009) A su vez, las causas del sector privado son a juicio del documento: carencias en el gerenciamiento institucional, heterogeneidad en los servicios y en los derechos y obligaciones de prestaciones similares, irracionalidad en la utilización de tecnología y pérdida de los principios de solidaridad, integralidad y universalidad.

---

218

El reconocimiento de estas carencias determina la necesidad de cambios. Las propuestas del PIT-CNT en este sentido se orientan hacia el fortalecimiento del Estado como regulador del funcionamiento del conjunto del sistema mediante un nuevo organismo; tender a la construcción de un Sistema Nacional de Salud; avanzar hacia una mayor descentralización y regionalización de los servicios; y ampliar la cobertura de la población a través de la Seguridad Social.

Por otra parte, la VIII Convención Médica Nacional del año 2004, establecía en su declaración final algunas cuestiones en clara sintonía con las propuestas del PIT-CNT. Por ejemplo, la misma reafirmaba la condición de derecho constitucional de la atención sanitaria, un sistema nacional único de salud que organice los recursos humanos y de infraestructura a través de la coordinación de los prestadores públicos y privados, que las funciones de prestación de servicios por parte del Estado se organicen con independencia jerárquica del MSP; y la consolidación del primer nivel de

atención como puerta de entrada al sistema como forma de cambiar la orientación del mismo que estaba claramente centrado en la atención hospitalaria en detrimento de la prevención.

Finalmente, en Octubre del 2004 el Frente Amplio, con la candidatura del Dr. Tabaré Vázquez, obtuvo la victoria con poco más del 50% de los votos, alcanzando así la mayoría absoluta en ambas cámaras. Completando el escenario, el Partido Nacional tuvo el apoyo de poco más del 34% del electorado, al tiempo que el Partido Colorado alcanzó el peor resultado de su historia, con tan solo un 10% de los votos. Los partidos con representación parlamentaria fueron finalmente cuatro, ya que el Partido Independiente obtuvo un diputado gracias al casi 2% de los votos. Se abrió por lo tanto, el primer gobierno de un partido de izquierda en la historia del país, teniendo por delante una compleja agenda reformista.

#### **VIII.4. Proceso político de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud**

Para poder reconstruir los insumos o las ideas que pueden haber nutrido la conformación de la propuesta de un Sistema Nacional Integrado de Salud por parte del primer gobierno del Frente Amplio, se identificaron los siguientes documentos: las diferentes convenciones médicas de Montevideo y del Interior del país, los elaborados por los sindicatos de trabajadores del sector –tanto médicos como no médicos–, la interna del propio FA, y en un escalón por debajo, operando de forma subsidiaria, la organización no gubernamental “Centro de Investigaciones Económicas” (CINVE<sup>34</sup>).

---

219

A un mes de iniciado el gobierno del Frente Amplio, el Ministerio de Salud Pública creó mediante un Decreto el denominado “Consejo Consultivo para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicho espacio reflejó rápidamente un factor que caracterizó en líneas generales el proceso de negociación y elaboración de diferentes iniciativas sectoriales en el área social: la apertura a la participación de diferentes organizaciones vinculadas a la materia específica. Así, la integración del Consejo Consultivo se conformó de la siguiente manera: un delegado del MSP, quien preside el espacio; dos delegados de las IAMC de Montevideo; un delegado de las IAMC del interior del país; un delegado de los trabajadores de la salud privada; un delegado de los trabajadores del MSP; un delegado de los organizaciones de trabajadores del resto de instituciones públicas de salud; un delegado de las organizaciones de médicos de Montevideo y uno de los médicos del interior del país; dos delegados de las asociaciones odontológicas; un delegado de las organizaciones de Psicólogos; un

---

<sup>34</sup> Esta organización es considerada en esta ocasión, a partir de su asesoramiento a distintos actores del proceso como el SMU, FEMI, o el propio MSP.

delegado de la Universidad de la República; un delegado del Congreso de Intendentes; y la participación de las diferentes organizaciones representativas de los usuarios.

Fue en este espacio donde se comenzaron a procesar las principales iniciativas de reforma, y en donde el gobierno pudo ir conformando el esquema de posibles alianzas y actores o puntos de veto a las diferentes propuestas; al tiempo que para el resto de actores – fundamentalmente las empresas prestadores y los médicos – el Consejo Consultivo podía ser aprovechado para dejar sentadas sus posturas y ejercer presión a favor de sus intereses. Así, durante el resto del 2005 se conformaron tres grupos de trabajo al interior de este Consejo: uno sobre la posibilidad de crear un Seguro Nacional de Salud, otro sobre la construcción de un estatuto para los trabajadores del sector salud, y uno que discutiría sobre el cambio del modelo de provisión de los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, también se establecieron espacios específicos para otorgarle representación y voz a ciertos grupos de interés específicos como las farmacéuticas, los actores relacionados con las tecnologías médicas, los servicios de emergencia y los seguros privados (Borgia, 2008).

El primer paso para la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud fue la inclusión dentro de la Ley de Presupuesto (Nº 17.930) del primer gobierno del Frente Amplio de dos artículos (264 y 265) que establecían la intención de implementar un nuevo sistema y que dicho sistema sería financiado mediante un Fondo Nacional de Salud. Particularmente, el Artículo 264 decía:

220

*“El Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública” implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.”*

Los fundamentos de este nuevo sistema se pueden encontrar, entre otros lugares, en las actas de la Comisión Integrada de Hacienda del Parlamento, donde se discutió este articulado y al que concurrieron las autoridades del MSP a debatir con los legisladores. En este espacio<sup>35</sup>, el entonces Subsecretario de Salud, Miguel Fernández Galeano, manifestaba lo siguiente:

*“...en grandes líneas podemos decir que dicho sistema tiene tres grandes desafíos en relación a lo que es su situación actual. (...) El primer gran desafío del sistema de salud es el de lograr la equidad. Hay una falta de justicia redistributiva en la atención de la*

---

<sup>35</sup> Sesión del 25 de Octubre de 2005.

*salud en diversos aspectos (...) El segundo gran desafío hace a la calidad (...) Este desafío nace como consecuencia de una gestión ineficaz de los recursos en salud. El país gasta en el entorno del 10,9% de su Producto Bruto Interno en salud y no obtiene buenos resultados (...) Estos dos desafíos (...) generan un tercer gran desafío que quiero destacar especialmente porque hace a la necesidad de tener un sistema nacional integrado de salud y un sistema de financiamiento integrado. Se trata de combatir la falta de sustentabilidad institucional que tiene el sistema de salud a mediano y largo plazo (...) De ahí surge la necesidad de que el Estado ejerza una rectoría eficiente del sistema de salud...”.*

El financiamiento de este nuevo sistema que se estaba proponiendo, estaría apoyado en un fondo público obligatorio, compuesto entre otras cosas por los aportes de los hogares a partir de un porcentaje de sus ingresos, y que de acuerdo a lo manifestado en esta misma sesión, se diseñaría con la intención de asociar dicha recaudación a la nueva estructura tributaria que se estaba aprobando paralelamente – la implementación del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas ya mencionado –. De esta manera, el sistema tradicional de recaudación mediante el esquema de seguridad social continuaría funcionando únicamente de forma transitoria.

De acuerdo al entonces Director General de Secretaría del MSP, y posteriormente Ministro de Salud Pública en el segundo gobierno del FA – Economista Daniel Olesker – las ventajas de este nuevo sistema serían las siguientes: *“...este seguro resuelve el problema de la equidad de los dos lados, es decir, en el aporte y en la atención porque las personas aportan de acuerdo a sus ingresos y reciben de acuerdo a las necesidades asistenciales que tengan (...) En realidad el mutualismo nació así (...) esto rescata, claramente, el sentido original del sistema mutual que se distorsionó desde el momento en el cual, primero, pasó a ser una cuota única y, después, se terminó de distorsionar cuando, a partir del año 93 y fruto de la necesidad de financiar el incremento derivado del convenio médico de ese año, que empezó a pagar por acto, se liberaron los precios de los tickets y las órdenes. Esto provocó que estos tickets y órdenes que, en ese momento, representaban el 3% de la recaudación de una institución, al día de hoy, estén en un 13% ó 17%, dependiendo de la institución, y transformándose en un impuesto a la enfermedad.”*<sup>36</sup>

221

Del lado de la oposición, las principales intervenciones estuvieron a cargo del Senador Luis Alberto Heber (Partido Nacional) quien más allá de coincidir con la necesidad de afrontar medidas reformadoras en el área de la salud, centró sus dudas y cuestionamientos a varias de las “formas” adoptadas por el gobierno para solucionar los problemas reconocidos. En este sentido, destacan dos ideas: por un lado, la viabilidad del fondo único propuesto para el financiamiento del nuevo sistema,

---

<sup>36</sup> Sesión del 25 de Octubre de 2005.

fundamentalmente desde la perspectiva de la capacidad del Estado para responder a los diferentes pagos a los prestadores, y para afrontar déficits de pago ante mermas en la recaudación de los diferentes componentes del Seguro Nacional de Salud. En segundo lugar, la intervención de Heber hizo énfasis en la idea del gobierno de fortalecer el principal prestador público – ASSE – convirtiéndolo en un prestador competitivo dentro del mercado de servicios sanitarios. *“Aquí es cuando veo que el entusiasmo del economista Olesker pone en el pizarrón algo que es muy difícil de llevar adelante en la realidad. (...) Acá es donde nosotros vemos una actitud un poco de “quiero que esto sea así””*<sup>37</sup>.

El temor del Senador radicaba en la poca confianza de que efectivamente el prestador público fuera realmente competitivo, lo que podría llevar en el peor de los casos a que se produjera, ante la apertura de la competencia, una corrida de afiliados del subsector público al privado, vaciando de gente a los prestadores públicos, y colapsando los servicios privados con y sin fines de lucro, ya que los mismos carecerían de las capacidades edilicias y de recursos humanos necesarios para afrontar la nueva cantidad de pacientes.

Más allá de estas cuestiones, el articulado propuesto por el gobierno fue aprobado gracias a las mayorías parlamentarias con las que contaba el Frente Amplio, lo que habilitó la continuación del proceso de reforma. En este sentido, desde el discurso de las diferentes autoridades entrevistadas y de la revisión de la prensa del período, destaca la idea de “tres Leyes Madre” de la reforma: la Ley 18.161 que estableció la descentralización de ASSE; la Ley 18.131 que creó el Fondo Nacional de Salud; y la Ley 18.211 que efectivamente crea el Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2007.

Es de destacar en esta estructura legal del nuevo sistema, por un lado la importancia de la secuencia de los cambios, que de alguna manera irían abonando el terreno para una efectiva implementación. Por otra parte, la revisión del proceso parlamentario de estas tres leyes da cuenta de otro punto interesante a destacar, en relación a los apoyos con los que contó cada propuesta; ilustrando los diferentes niveles de acuerdo y resistencia a las mismas: mientras que la descentralización de ASSE contó con los votos de la oposición en su conjunto, la creación del FONASA tuvo solamente apoyos parciales de legisladores de la oposición, al tiempo que la creación del SNIS únicamente pudo ser aprobada con los votos exclusivos del Frente Amplio (Setaro, 2010).

Más allá de estas puntualizaciones, lo cierto es que las mayorías obtenidas en ambas cámaras le permitió al Frente Amplio reorientar los verdaderos ámbitos de decisión, prescindiendo en parte de las comisiones y plenarios parlamentarios, y trasladando la dinámica de negociación y realización de cambios al proyecto original a las reuniones

---

<sup>37</sup> Sesión del 25 de Octubre de 2005.

de la bancada del propio partido de gobierno, donde se encontraban representados todos los sectores del mismo (Rodríguez Araujo & Toledo, 2010). De cualquier manera, los juicios, opiniones y debates desarrollados en los ámbitos de discusión parlamentaria ofrecen un excelente acercamiento a las diferentes posturas en torno a los principales temas abordados por el proyecto de reforma, ya que entre otras cosas las comisiones del Poder Legislativo fueron los espacios – junto al Consejo Consultivo – donde el resto de actores involucrados con la atención sanitaria tuvieron la posibilidad de ejercer su poder de presión o veto.

#### VIII.4.1. Descentralización de ASSE

La primera Ley aprobada durante el proceso de conformación del SNIS fue la que estableció la descentralización administrativa del principal prestador público: la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Nos es de sorprender que esta norma haya sido la primera, ni que su aprobación haya contado con el apoyo de todos los partidos ya que, como se ha ido mencionando anteriormente, la descentralización de este organismo venía siendo propuesta por los sucesivos gobiernos desde la restauración democrática del país. Este punto fue resaltado justamente por la entonces Ministra de Salud Pública, María Julia Muñoz, en su comparecencia a la Comisión de Salud Pública el día 3 de Octubre del año 2006, cuando las autoridades ministeriales concurrieron a presentar el proyecto que había sido enviado a la Cámara de Representantes en el mes de Agosto de ese mismo año.

223

En dicha presentación, la Ministra explicó la necesidad de promover una descentralización de ASSE de la siguiente manera: *“Concretamente, nos estamos refiriendo a la necesidad de que el Ministerio de Salud Pública ocupara, fundamentalmente, su rol de rectoría, de fijar las políticas de salud y de que los servicios que brindaba el Estado pasaran a hacerlo en forma independiente. Para que el Ministerio de Salud Pública, en su rol de rectoría no fuera juez y parte, se tiende a la descentralización de los servicios de salud del Estado, lo que – reitero – también se encontraba presente en los demás programas de gobierno (...) desde la salida democrática hasta la fecha.”*<sup>38</sup>

La descentralización administrativa era, a juicio de las autoridades ministeriales, una precondition fundamental para que dicha institución lograra avanzar de forma efectiva hacia una modernización de su estructura, pero fundamentalmente, de sus mecanismos tradicionales de gestión. En este sentido, aspiraba a que ASSE pudiera transformarse en una organización *“...muy ágil, centrada en el usuario, que permita su participación a los efectos de que pueda recibir las acciones de salud en el tiempo, lugar, cantidad y calidad adecuados o necesarios.”*<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Sesión de la Comisión de Salud Pública del día 3 de Octubre del 2006.

<sup>39</sup> Sesión de la Comisión de Salud Pública del día 3 de Octubre del 2006.



Si bien en líneas generales los partidos tradicionales se mostraron afines a la iniciativa, igualmente surgieron dentro de la comisión un par de dudas o cuestionamientos que básicamente se centraron en ciertos espacios “grises” del proyecto que dejaban a entrever ciertos cometidos de ASSE que eventualmente podrían implicar cierta competencia de roles con el MSP, principalmente en relación a la potestad de formular políticas y algunas tareas de regulación.

En segundo lugar, una de las novedades del proyecto se encontraba en la incorporación de representantes de los usuarios y los trabajadores de ASSE al Directorio del mismo; y la creación de un Consejo Consultivo también integrado por trabajadores y usuarios. Respecto a este punto fue Isaac Alfie, Senador del Partido Colorado, quien en mayor medida cuestionó esta disposición de incluir en el Directorio a más representantes que los designados por el Poder Ejecutivo. *“...existe un Consejo Asesor Honorario que, en parte, está integrado por las mismas organizaciones de que forman parte los otros dos Directores; entonces, ¿Por qué no se los pasa a una Comisión Fiscal que controle en lugar de mantenerlos en la Dirección como tales, dados los problemas que todos sabemos que esto tiene? Me refiero a poner en la Dirección a personas que después no tienen responsabilidad a la hora de rendir sus cuentas.”*<sup>40</sup>

A partir de ese momento la Comisión de Salud Pública recibió la visita de algunos juristas especializados, entre los que se encontraba el Dr. Carlos Delpiazzi (Ministro de Salud Pública durante la presidencia de Lacalle, 1991-1992) y de delegados de la Federación de Médicos del Interior (FEMI). Estos últimos, por un lado reconocieron que el gobierno ya había considerado parte de sus posiciones relacionadas con este tema en el proyecto enviado al Parlamento, pero igualmente realizaron una serie de comentarios que iban en línea con los presentados anteriormente, sobre todo en lo referido a funciones que el proyecto le asigna a ASSE pero que deberían ser competencia exclusiva del MSP.

Pero fundamentalmente, los temores expresados por estos delegados estaban centrados en las condiciones de competencia futura entre los centros asistenciales de ASSE y las empresas mutuales del interior del país. *“...se le faculta ampliamente para celebrar convenios de todo tipo, por lo que entendemos que es necesario establecer una legislación que regule esta actividad puesto que será competitiva con el resto de las instituciones de la asistencia médica colectiva.”*<sup>41</sup> De esta manera, el pedido venía por el lado de la regulación ministerial como forma de garantizar la competencia y el libre funcionamiento del mercado de servicios sanitarios.

---

<sup>40</sup> Sesión de la Comisión de Salud Pública del día 3 de Octubre del 2006.

<sup>41</sup> Sesión de la Comisión de Salud Pública del día 21 de Noviembre del 2006.

En cuanto a la comparecencia del Dr. Delpiazzo, la misma se apoyó de forma importante en su experiencia al frente del MSP, resaltando como principales cuestiones el hecho de que la práctica cotidiana en el interior de este ministerio cuando ASSE funcionaba como organismo desconcentrado determinaba que la misma, dada la importancia de las acciones asistenciales y el peso presupuestal que tenían, necesariamente obligaba a la institución a concentrarse en estas tareas, dejando así en un segundo o tercer plano las funciones de regulación y control<sup>42</sup>. Por esta misma razón es que dicho profesional manifestaba su apoyo por la descentralización. Por último, como segundo comentario a resaltar aparece la reiterada insistencia en que el articulado del proyecto presentado por el gobierno le asignaba a la nueva institución descentralizada tareas de control que en el esquema trabajado de un SNIS, eran cuestiones que le competían exclusivamente al MSP.

#### **VII.4.2. FONASA**

El segundo paso para la conformación del SNIS vino dado por la ampliación de la cobertura asistencial existente, a partir de los mecanismos ya existentes en el sistema de seguridad social. Así, se presentó un proyecto de Ley para crear un Fondo Integrado de la Salud de la Seguridad Social (FISASS). Dicho proyecto, básicamente incluía dentro del FISASS a todas aquellas personas que hasta ese momento se encontraban cubiertas por el sistema DISSE, y proponía como novedad incorporar a los funcionarios públicos de la Administración Central. Dicha incorporación representaba aproximadamente la inclusión de unos 26.602 usuarios<sup>43</sup>.

225

Como segundo punto, se proponía habilitar la competencia de ASSE por la captación de afiliados del FISASS, a diferencia del sistema existente hasta momento, donde el subsistema público no era opción para los trabajadores cubiertos por DISSE. Y finalmente, también se propone un nuevo mecanismo de pago a los prestadores por cada usuario afiliado. Dicho mecanismo consistía en el pago por cápita ajustado por edad y sexo, característico de la gran mayoría de los sistemas de salud existentes. Este proyecto, finalmente fue aprobado con la denominación de “Creación del Fondo Nacional de salud”, pero la discusión en la comisión del parlamento y la comparecencia de diferentes actores del sistema evidenciaron nuevamente algunos matices con el gobierno; algunos de los cuales finalmente fueron tenidos en cuenta. Es importante consignar también que el esquema propuesto dejaba expresamente excluidos a los funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio del Interior y Ministerio de Salud Pública.

Por el lado de los representantes de FEMI – quienes desde el primer momento defendieron la opción de ampliar la cobertura a partir de la estructura de seguridad

---

<sup>42</sup> Sesión de la Comisión de Salud Pública del día 5 de Diciembre del 2006.

<sup>43</sup> Sesión de la Comisión de Hacienda del día 19 de Diciembre del 2006.

social ya existente, liderada por el BPS – la postura fue de acuerdo general con el proyecto, aunque se presentaron algunos reparos que sobre todo se centraron en la necesidad de implementar un marco legal que regulara la competencia entre prestadores públicos y privados<sup>44</sup>. Por otra parte, también se puso en cuestión la viabilidad del proceso gradual de implementación del FONASA, debido a que la convivencia del sistema de pago por cápitas junto con la permanencia del sistema existente de pago de cuotas mutuales por los usuarios que se encontraban por fuera del FONASA, redundaría en importantes desequilibrios presupuestales para las IAMC.

Diferente fue la postura del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que llevó a la Comisión una posición bastante más crítica en relación al tono de los cuestionamientos o dudas, que sustancialmente difirieron poco de las realizadas por sus pares de FEMI. En este sentido, el punto de partida es el de considerar la situación general del sistema de salud uruguayo como de gran inestabilidad, por lo que implementar una reforma compleja como la propuesta, llevaría a una situación de profundización de los problemas existentes.

Se advierte por lo tanto la intención de esta cámara empresarial de retrasar en lo posible la aprobación de la nueva normativa. Así, se critica la posible convivencia de un sistema de pago por cápitas junto al existente hasta ese entonces; la necesidad de especificar de forma más clara el nuevo régimen de competencia; y la vulnerabilidad que tendrían las IAMC para hacer frente a este cambio en el modelo de financiamiento: *“...prevemos tajantemente que en este período de transición – que podrá ser más o menos corto, y esperamos que no sea excesivamente largo – nuestras instituciones no van a poder afrontar la situación y llegarán – las que lleguen – a la Ley grande rengas o muy maltrechas y tal vez no en condiciones para ingresar al sistema.”*<sup>45</sup>

226

También fue invitada a la Comisión de Hacienda una delegación de la Confederación de Funcionarios del Estado (COFE) – sindicato perteneciente al PIT-CNT que congrega a los funcionarios de la Administración Central del Estado uruguayo – que manifestó su agrado con el proyecto, pero dejando establecido su aspiración en el corto plazo de que también fueran incorporados sus familiares al FONASA – cosa que ocurrió poco tiempo después – y para el largo plazo su deseo de conformar un sistema público estatal de salud<sup>46</sup>.

De la presentación del proyecto por parte de los representantes del MSP en la Comisión destacan como principales cuestiones para complementar este relato una

---

<sup>44</sup> Sesión de la Comisión de Hacienda del día 14 de Diciembre del 2006.

<sup>45</sup> Sesión de la Comisión de Hacienda del día 14 de Diciembre del 2006

<sup>46</sup> Sesión de la Comisión de Hacienda del día 14 de Diciembre del 2006.

cuestión presentada por el entonces Director General de Secretaría, Daniel Olesker, referida al *timing* o momento político para promover estos cambios. A juicio de este jerarca, el momento de aplicar este nuevo sistema de financiamiento era oportuno en la medida que las IAMC en su conjunto se encontraban en una situación de estabilidad y crecimiento, sobre todo gracias a la incorporación de alrededor de 150.000 nuevos afiliados al sistema, producto del crecimiento económico y la formalización del empleo de cierta parte de la masa trabajadora<sup>47</sup>.

En segundo término, también importa destacar como una muestra más de la gradualidad de los cambios propuestos en materia sanitaria por el gobierno del FA, el carácter progresivo de la incorporación de nuevos afiliados al FONASA, con un calendario ya determinado que consideraba entre otros colectivos a los familiares de las personas ya cubiertas y los jubilados como principales prioridades.

#### **VIII.4.3. Sistema Nacional Integrado de Salud**

El proyecto de la Ley 18.211 fue presentado por el Poder Ejecutivo en la Cámara de Senadores en Marzo del 2007. La exposición de motivos que acompañó el proyecto de Ley que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) señalaba como inspiradoras de la propuesta a las definiciones programáticas del FA junto a los aportes de los diferentes actores involucrados en el sector sanitario realizados en el marco del Consejo Consultivo para el cambio en salud. En relación a los temas sustantivos, se reafirmaron en dicha exposición algunos de los lineamientos y principios rectores ya mencionados: equidad, calidad, eficiencia social y económica y participación social entre otros; a partir de la realización de cambios en tres niveles: modelo de atención, modelo de gestión y modelo de financiamiento.

227

A continuación se presentarán una serie de disposiciones o propuestas que, o bien conforman el núcleo de transformaciones más destacables; o bien corresponden a intentos de cambio que finalmente sufrieron modificaciones a nivel parlamentario, o directamente no prosperaron. Por un lado, en relación a la rectoría del sistema, el proyecto de Ley reafirma dichas funciones en el Ministerio de Salud Pública, quien en relación al contralor y seguimiento del funcionamiento del sistema deberá coordinar sus actividades con la nueva Junta Nacional de Salud (JUNASA) creada por esta misma norma. Dicha Junta, a diferencia de lo que finalmente ocurrió, estaba planteada como un organismo de carácter descentralizado respecto al MSP, aunque finalmente se optó por reducir el grado de autonomía funcional, dejándola como un organismo desconcentrado.

La posición del Frente Amplio no siempre fue esta que finalmente apareció en el proyecto de Ley. Por el contrario, en los documentos sectoriales elaborados por este partido previamente a las elecciones del año 2004, la conducción del futuro SNIS

---

<sup>47</sup> Sesión de la Comisión de Hacienda del día 19 de Diciembre del 2006.

aparecía organizada a partir de una JUNASA encargada de la dirección del sistema, pero además dicha tarea sería complementada por una nueva institución encargada de la administración del Seguro Nacional de Salud: la Superintendencia de Salud.

Dicha Superintendencia, seguía el ejemplo de otros países latinoamericanos como Argentina o Colombia. Sin embargo, esta propuesta inicial no prosperó entre otras razones por el hecho de que se consideró que esta nueva conformación institucional podía dejar demasiado relegado al Ministerio de Salud Pública en tanto máxima autoridad sectorial (Alto funcionario público 1, 2011). Por lo tanto, la opción tomada fue la de crear una única institución que de alguna manera combinara las competencias de las anteriormente mencionadas.

Entre estas competencias, el proyecto inicial contemplaba que la JUNASA debía ejercer una serie de contralores en relación a los precios cobrados por los distintos prestadores y la forma de pago de los mismos. Pero finalmente este punto fue eliminado de la ley aprobada, y parte de las razones pueden advertirse en la siguiente intervención de un representante de la UMU: *“...nos parece exagerado que se establezca el control de precios, de la forma de pago y de los plazos del contrato. Creemos que estos aspectos corresponden a la gestión autónoma de las empresas y que el Estado no debe intervenir en la determinación de los precios que se realiza entre prestadores. Consideramos que cuando se comienza a regular ese aspecto, se lesiona la autonomía de gestión que posibilita que uno pueda conseguir un precio menor.”* (Citado por Rodríguez Araújo & Toledo, 2010).

---

228

También en relación a la JUNASA, destaca el hecho de que en la conformación del directorio de esta nueva institución no se hayan incluido representantes médicos, en tanto uno de los grupos con más poder del sector. De esta manera, el directorio quedaría conformado por representantes del Poder Ejecutivo, de los prestadores, de los trabajadores organizados y de los usuarios. Una de las principales razones esgrimidas para no considerar una representación médica exclusiva fue que los mismos, en tanto trabajadores, se encontraban representados por el PIT-CNT, que era la corporación sindical reconocida y legitimada desde el gobierno como interlocutor válido. Sin embargo, originalmente tampoco las empresas se encontraban representadas en el Directorio de la JUNASA, sino que las mismas, junto a las gremiales médicas y la Universidad, iban a integrar una Comisión Consultiva del Directorio. Este cambio en la propuesta original fue resultado de la presión ejercida por los representantes de las IAMC en el Consejo Consultivo (Rodríguez Araujo & Toledo, 2010).

Otro punto a destacar de este planteo inicial es que en la descripción de los prestadores que integrarán el SNIS aparecen explícitamente excluidas las empresas con fines de lucro. Es importante mencionar este hecho debido a que posteriormente, a lo largo del proceso de discusión del proyecto, esta medida se fue de alguna manera

“suavizando” en beneficio de las empresas prestadoras con fines de lucro, ya que si bien formalmente las mismas continuaron estando por fuera del SNIS, lo que implicaba estar exentos de muchos controles y regulaciones adicionales; el sistema que finalmente se implementó adoptó un esquema que permitía a estas empresas recibir cápitas del FONASA como parte de pago por las tarifas que estas empresas le cobraban a sus afiliados. Este esquema terminó siendo diferente a lo que ocurre en otros países con Sistemas Nacionales de Salud como España, donde la contratación de seguros privados como Sanitas por ejemplo, estaba totalmente separada del esquema de contribuciones y financiamiento del Sistema.

En tercer lugar, el nuevo sistema efectuaría un cambio importante en relación al vínculo entre regulador y prestador. El instrumento de gestión que regularía dicha relación es el contrato o convenio firmado entre el efector de servicios de salud y la JUNASA. A partir de dicho contrato quedarán explícitos los indicadores de evaluación de la actividad de estas empresas, así como también los mecanismos y criterios de pago de las “cuotas salud” determinadas por el MSP. Asimismo, el contrato establecerá las condiciones en las cuales los diferentes prestadores deben suministrar al organismo de contralor la información necesaria para el ejercicio de sus cometidos. Finalmente, el articulado de esta sección también incluye dentro de los prestadores sujetos a estos contratos a las dependencias públicas nucleadas en ASSE, como forma de avanzar hacia condiciones paritarias de competencia entre todos los actores del sistema.

Desde la oposición, algunos de los reparos al proyecto pueden encontrarse nucleados en diferentes informes presentados por los diferentes partidos en la Comisión de Hacienda integrada con la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, con fecha de Noviembre del 2007. En cuanto al Partido Nacional, principal partido de la oposición, la posición en relación al proyecto queda de manifiesto en el primer párrafo del informe, en el que se dice que: *“...queda explícito el marco global sobre el que se centrarán las bases de un futuro sistema pretendidamente orgánico, articulado, que gobernará las prestaciones asistenciales de salud en nuestro país, a partir de una poderosa centralización política de las decisiones; conceptualización estatista de la gestión; y, lo que tal vez sea más preocupante – dentro lo tanto que no compartimos – al manejo de un fondo público, único y obligatorio, financiador de un seguro nacional, que eleva la carga tributaria de las personas, amenaza la legítima autonomía de las empresas, y pone un manto de duda – y sospecha – sobre los fines loables que se presumen (...) que se dictan en la exposición de motivos.”*

Uno de los principales puntos de crítica al proyecto se encuentra en que a juicio de los legisladores nacionalistas, el nuevo sistema no lograría, como lo establecía el Frente Amplio, el acceso de todos los habitantes del territorio a los servicios de salud;

estableciendo por el contrario la distinción entre acceso e inscripción del ciudadano en el padrón de un prestador determinado. *“No están todos los habitantes residentes en el país incorporados a un Sistema que no es tal – por lo inorgánico –; no es Nacional – miles de potenciales usuarios no tienen posibilidad de serlo –; ni es Integrado – explícitamente hay prestadores fuera – muchos con sus derechos cercenados.”*

Dentro de los otros puntos que se consideraban perjudiciales del proyecto de construcción del SNIS, puede mencionarse la existencia de un potencial conflicto de intereses dentro del gobierno, ya que al tiempo que debería ejercer la rectoría del sistema en su conjunto, al mismo tiempo tendría el control político de ASSE, que a la vez sería uno de los prestadores regulados por el Estado. Por otra parte, a favor de la máxima libertad individual, se cuestiona la futura existencia de momentos en los que la movilidad de los usuarios entre prestadores estaría restringida o directamente prohibida – los llamados “corralitos” –. En relación al financiamiento del sistema, los principales cuestionamientos aparecieron en relación al excesivo control del Estado de los recursos del sistema y a los mecanismos propuestos en el proyecto para calcular la denominada “cuota salud” o cápita, que desde la oposición se vislumbraba como un conjunto de criterios poco claros y transparentes.

También se rechaza la sustitución del BPS por la nueva JUNASA en la administración de los recursos, básicamente por dos razones: la creencia de que la JUNASA adquiriría una dosis demasiado grande de poder; y la convicción de estar desaprovechando la capacidad institucional y de gestión existente en el BPS. Este punto fue también resaltado por los propios representantes del BPS que concurrieron a la Comisión de Hacienda integrada: dicha institución ya contaba con toda la infraestructura necesaria para administrar el nuevo Fondo, y como consecuencia, también se aspiraba a que un representante de la misma fuera incorporado al Directorio de la JUNASA (Rodríguez Araujo & Toledo, 2010).

Finalmente, se critica duramente la forma en que fue elaborado y presentado dicho proyecto en el Parlamento, por considerar que el mismo no fue debatido con el resto de los partidos políticos: *“Quedará en los anales parlamentarios – y se quiere dejar expresa constancia – la carencia de ética política, al haber deliberado durante meses en forma inconsulta – estando el proyecto aprobado en Comisión de Cámara de Senadores – exclusivamente entre legisladores del partido de Gobierno y miembros del Poder Ejecutivo; las modificaciones que, en forma sumaria, se aprobaron en dicha Cámara.”*

En cuanto al informe en minoría presentado por el Partido Colorado, cabe decir que el mismo presenta fundamentalmente los mismos reparos y críticas que los señalados por el Partido Nacional, aunque con el agregado de que este informe fue acompañado por un proyecto alternativo de reforma. *“El proyecto tiende a una nivelación hacia debajo de la calidad de la salud, no porque así lo quiera la iniciativa, ya que los*

*propósitos son buenos, sino porque los efectos prácticos serán esos. (...) podemos decir que es (un proyecto) centralista, estatista y concentrador del poder de las decisiones y del poder del dinero.”*

La propuesta alternativa, que nunca llegó siquiera a ser considerada por la propia comisión, básicamente contenía una serie de ajustes del funcionamiento y financiamiento del sistema, como el establecimiento de la gratuidad de tiques y órdenes para favorecer la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios; al tiempo que explícitamente se opta por no introducir ningún mecanismo ni institución reguladora del estilo de la JUNASA, con el objetivo de preservar “...la autonomía de gestión, dirección y administración.” de los diferentes prestadores.

Finalmente, en la sesión de la Asamblea General del 5 de Diciembre del 2007 se aprobó esta Ley, lo que determinó que el nuevo sistema comenzara a regir a partir del 1° de Enero del año 2008. A continuación, se pasará a presentar algunos de los resultados identificados en estos primeros años de funcionamiento del SNIS, que entre otras cosas incluyen la renovación del Frente Amplio como partido gobernante, pero también algunos cambios en la dirección política de la reforma.

### **VIII.5. Implementación: avances y bloqueos**

Entonces, la implementación del SNIS a partir del año 2008 parece estar ofreciendo ciertos datos que validan la efectiva producción de cambios a nivel sectorial. Sin embargo, no parece quedar tan claro el alcance de los mismos. En el planteo inicial de este trabajo se podía observar cómo la literatura especializada ha ido mostrando que los países con regímenes de bienestar de corte corporativo o conservador son aquellos que han manifestado mayores dificultades a la hora de reformarse, y por lo tanto de cambiar sus patrones constitutivos. Esto ha determinado que dichos países hayan tendido a promover reformas que presentaron cambios de primer y segundo orden en términos de Peter Hall (1990). En este mismo sentido, Paul Pierson consideró que los procesos de reestructura evidenciados por estos sistemas en la época de la “austeridad permanente” se orientaban fundamentalmente hacia la recalibración de sus políticas, ya sea por medio de su racionalización o de su actualización (Pierson, 2006).

Si se asume como válida la cercanía en términos teóricos entre la matriz de bienestar uruguayo y la definida como corporativa, pero en particular con el subtipo mediterráneo – como fue argumentado en capítulos anteriores – al tiempo que se acuerda con que la descripción realizada de la evolución del sistema sanitario uruguayo ofrece diversas muestras de la dificultad para promover cualquier reforma de envergadura; entonces a priori cabría esperar que el tipo de cambio producido por la reforma de la salud se encuentre alineada con estos conceptos de cambio de



segundo orden o recalibración. Continuando con este razonamiento, sería poco dable que el gobierno del FA estuviera desarrollando un cambio de paradigma o de tercer orden dentro del sistema de salud, y esto obliga también a no observar al caso estudiado como un ejemplo de cambio institucional radical, sino por el contrario, como un proceso de cambio institucional gradual o ajuste del sistema ya existente.

La propia complejidad de la reforma proyectada dificulta su análisis en términos sistémicos o de unidad, entre otras cosas porque de esa forma se tornarían invisibles o poco claras una serie de acciones, tensiones y conflictos de poder muy importantes. Por el contrario, resulta mucho más enriquecedor desagregar al nuevo esquema en sus principales dimensiones o ejes de acción. Así, en el caso del SNIS, los objetivos de cambio se concentraron en tres niveles: el modelo de financiamiento, el modelo de atención y el modelo de gestión. En los párrafos siguientes se presentarán los avances en cada uno de estos niveles, señalando la existencia o no de cambios en las relaciones de poder entre los actores involucrados, en comparación con la etapa anterior a la reforma.

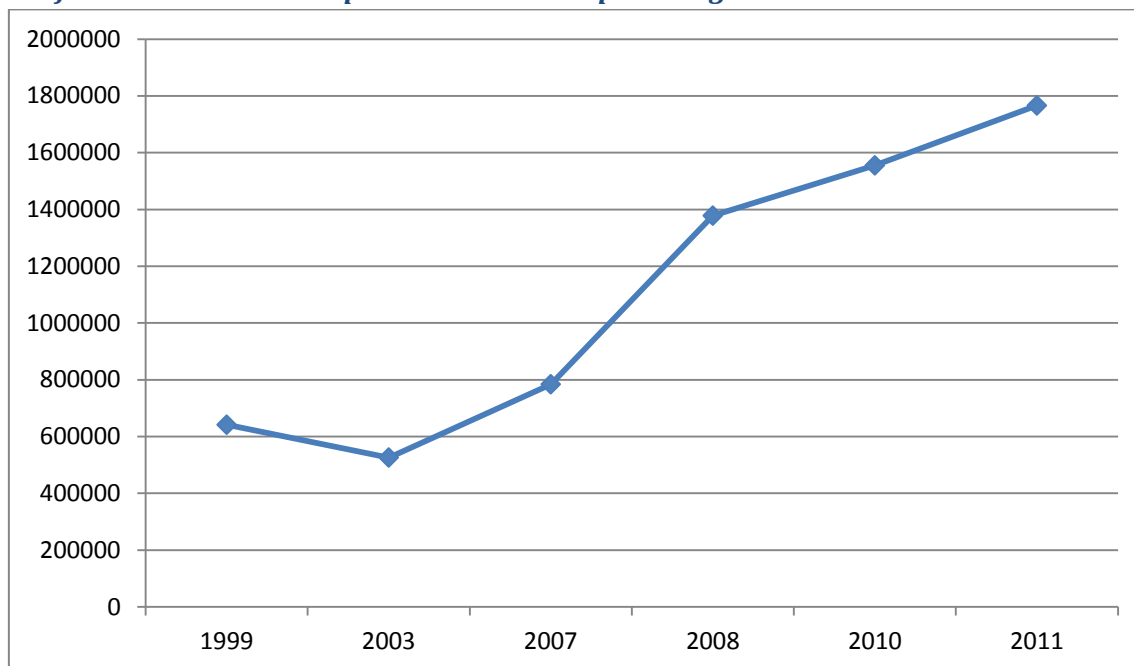
### **VIII.5.1. Financiamiento y cobertura**

La dimensión financiera del sistema de salud en Uruguay fue la cuestión que despertó mayor atención en el proceso de negociación e implementación de la reforma. Esto se explica fundamentalmente por la situación de fuerte crisis sectorial, que venía poniendo en entredicho la sustentabilidad de las empresas prestadoras. Los cambios en relación a este punto estuvieron directamente asociados a la búsqueda de ampliar la cobertura sanitaria de una buena porción de la población a partir de su inclusión en el régimen de seguridad social. En este sentido, el primer cambio observable entre el sistema anterior – DISSE – y el nuevo – FONASA – fue que mientras el primero cubría al 20% de la población, el FONASA amplió el aseguramiento hasta el 46% de la población en su primera etapa.

Durante la primera mitad de la década del noventa, la cobertura de salud a través de la seguridad social (DISSE) se mantuvo relativamente estable, en el entorno de los 570.000 beneficiarios, quienes básicamente eran trabajadores del sector privado. A partir de la reforma de la seguridad social en 1996, se estableció la opción de ingreso a aquellos jubilados de bajos ingresos, que a 1999 había llegado a unos 47.000. Ese mismo año, cuando inició la recesión económica, la cobertura por seguridad social había alcanzado un pico de 641.509 beneficiarios. La posterior consolidación de la crisis impactó fuertemente sobre el mercado formal de trabajo, lo que golpeó obviamente la cantidad de personas afiliadas, que en el 2003 llegó a un piso de 526.000. Si bien con el inicio de la recuperación en el 2004 la cobertura comenzó a recuperarse – incluso a partir de la incorporación de nuevos colectivos como los maestros o los trabajadores del Poder Judicial – la misma no llegó a alcanzar los niveles promedio de la década anterior.

Ya con el gobierno del Frente Amplio, se resolvió incorporar a los trabajadores públicos a DISSE sobre mediados de 2007. Incluso antes de las primeras incorporaciones masivas al FONASA, el nivel de cobertura alcanzaba los 784.000 beneficiarios. A partir del inicio de la reforma, la incorporación masiva determinó que en diciembre de 2008 la cobertura estuviera casi duplicada, alcanzando a algo menos de 1.378.000 beneficiarios. A diciembre de 2010, la cobertura alcanzaba a 1.555.000 beneficiarios. El crecimiento se explica por el dinamismo de la actividad económica, que hace crecer la cantidad de trabajadores formales y sus correspondientes menores a cargo. Asimismo, crece la cantidad de beneficiarios pasivos, a medida que se van jubilando trabajadores. Finalmente, la gran incorporación del año 2011 correspondió a trabajadores que anteriormente se encontraban cubiertos por Cajas de Auxilio u otros seguros convencionales – fundamentalmente de profesionales como los notarios – llegando sobre el mes de Agosto a una cobertura cercana a los 1.766.000 beneficiarios (Economía de la Salud, 2011).

**Gráfico 3. Evolución de la población cubierta por la seguridad social**



Fuente: elaboración propia en base a Economía de la Salud (2011)

En relación a los cambios financieros asociados a este aseguramiento, finalmente el esquema adoptado fue el de aportes al FONASA en función de los ingresos individuales a partir del siguiente esquema: 4,5% del salario si la persona no tiene hijos a cargo, o un 6% en caso de que sí tenga hijos, a diferencia de la tasa única de aportes del 3% existente antes de la reforma. Estos aportes también le permiten a la persona obtener cobertura sanitaria para el resto de su familia. Dicha ampliación aún no es un trabajo acabado, pero cabe decir que hasta el momento el calendario de incorporaciones al Fondo se ha ido cumpliendo en tiempo y forma. En este sentido, se espera que prácticamente la totalidad de ciudadanos uruguayos se encuentren dentro del FONASA

para mediados del año 2016 (Economía de la Salud, 2011). La población que aún resta por ser incorporada está conformada fundamentalmente por jubilados y sus cónyuges, así como también los cónyuges e hijos a carga de algunos trabajadores del sector formal.

Históricamente, como en el resto de países, el Estado debe hacerse cargo de una parte de los recursos utilizados para financiar el seguro de salud, como forma de complementar los diferentes aportes. Desde el inicio de la reforma el peso de los aportes presupuestales del Estado ha ido disminuyendo, al punto que para el año 2010 las transferencias del gobierno conformaban el 2.5% de los recursos del FONASA, mientras que en el año 2004 dicho monto ascendía a más del 17% (Economía de la Salud, 2011).

La consecuencia más directa de la inclusión de nuevos usuarios al FONASA fue la posibilidad que se le abrió a muchos usuarios que hasta entonces solamente podían atenderse en ASSE, de poder elegir atenderse en una IAMC, con las diferencias en infraestructura y calidad de atención que este cambio traía aparejado. De esta manera, aproximadamente un 90% de los afiliados al FONASA han optado por atenderse en alguna de las IAMC existentes. De hecho, mientras que el 82.7% de los beneficiarios FONASA se atendían en el 2008 en alguna IAMC, esta proporción caía a un 27.6% entre los no beneficiarios. Como contrapartida, únicamente el 11.1% de los beneficiarios optaron por atenderse en ASSE (Economía de la Salud, 2006).

234

---

De manera que este cambio en el esquema de financiamiento, sin reformar los principios básicos de la estructura existente previamente, implicó un importante ingreso de usuarios – que se tradujeron fundamentalmente en recursos económicos – a los diferentes prestadores privados, contribuyendo a su mejora financiera. Este hecho por lo tanto, determinó un cambio en la configuración general del sistema, en el sentido de que se terminó de consolidar a las IAMC como el actor central del mismo, terminando así con la virtual paridad en la cantidad de afiliados de los subsistemas público y privado.

Desde el punto de vista del prestador público, esta situación planteada como un objetivo desde el gobierno, permitiría en teoría contribuir a la recuperación tanto presupuestal como en cuanto a la calidad y los niveles de atención de ASSE. Esto se explica por el hecho de que los centros asistenciales públicos se encontraban totalmente desbordados de pacientes, sobre todo a partir de la caída en los niveles de empleo que había sufrido el país a inicios del siglo XXI.

De esta forma, las condiciones de ASSE se vieron favorecidas, por un lado por la reducción de sus pacientes; pero también gracias al aumento de los recursos que el gobierno le destinó desde Rentas Generales, que permitieron que ASSE gozara del mayor presupuesto de la historia para el prestador público en Uruguay. El mismo pasó

de 190 a 520 millones de dólares, que combinados con la reducción de afiliados, determinaron que las fuertes disparidades en relación al gasto por usuario entre subsectores se vieran fuertemente atenuadas: el gasto per cápita en el subsector privado era en Setiembre del 2010 de U\$S 48, mientras que en el subsector público el mismo se encontraba en el entorno de los U\$S 41 (Fernández Galeano, 2010).

En definitiva, los cambios observados en materia de financiamiento pueden considerarse como un intento de recalibración por vía de la racionalización de los instrumentos ya existentes, para lograr que los mismos funcionen mejor. Aquí el movimiento no vino por el lado de construir un esquema de financiamiento similar al de los países con sistemas Beveridge, basados en los aportes impositivos a rentas generales; sino que por el contrario, se fortaleció el esquema existente de aportes a la seguridad social. En esta negociación, fue fundamental la presión realizada por el BPS, institución que actualmente se erige como el “gran cajero” de las políticas sociales en Uruguay, donde sus directivos visualizaron cualquier tipo de cambio de lógica como una importante pérdida de poder político. Además, tal como lo manifestaron algunos de los entrevistados, la reciente implementación del IRPF determinó que fuera muy complejo admitir una alícuota específica para salud.

Por lo tanto, existieron actores con fuerte capacidad de activar puntos de veto, tanto en el sector privado como dentro de la institucionalidad estatal, que preferían evitar grandes cambios en relación a los esquemas existentes. Esto determinó que en relación al modelo de financiamiento, de acuerdo al planteo de Streeck & Thelen (2005) sobre los tipos de cambio institucional, sea posible hablar de una “reproducción por adaptación”, en la medida en que la reforma implicó cambios incrementales – en términos de lógica del sistema y no del impacto de la incorporación de miles de personas a un seguro – que tienen como principal objetivo dar continuidad al sistema existente.

#### **VIII.5.2. Modelo de atención**

Una vez iniciado el proceso de ajuste del modelo de financiamiento, se comenzó a avanzar en las dimensiones restantes. En este sentido, los cambios planteados a nivel del modelo de atención se centraron básicamente en relación a dos ejes: la reorientación de la misma hacia la prevención y la atención primaria en salud, y la integración y complementación entre los prestadores públicos y privados, fundamentalmente en las zonas rurales y menos pobladas del país. Al momento de repasar e intentar evaluar estas cuestiones, queda de manifiesto la completa interdependencia entre los tres ejes trabajados. Particularmente para este caso, la principal herramienta planteada para avanzar hacia el cambio de modelo es el de las denominadas Metas de Gestión, con un claro componente financiero como sustento, pero que al mismo tiempo constituyen en sí mismas un cambio sustantivo en materia de gestión pública.

La aspiración por parte de las autoridades del Ministerio fue promover, mediante incentivos monetarios, la adopción por parte de los diferentes prestadores de atención sanitaria de una serie de modificaciones infraestructurales, de oferta de servicios y de cantidad y calificación de sus recursos humanos, que apuntaran a una mayor y mejor calidad en el control y seguimiento de los usuarios del sistema, como forma de prevenir problemas de salud mayores por un lado; y por otro, intentar avanzar en la coordinación y racionalización en la utilización de los servicios. Un claro ejemplo en este sentido es la meta que premia el hecho de que los prestadores logren que sus afiliados elijan un médico general de referencia – médico de familia – con la idea de que el mismo se constituya en la puerta de entrada al resto de especializaciones. De consolidarse un cambio en este sentido, estaríamos ante una aproximación clara del sistema de salud uruguayo hacia un esquema típico de los sistemas Beveridge.

Este instrumento también ha sido utilizado con la intención de promover reformas en el estilo de gestión de estos centros, además de conformar en sí mismo un cambio en el estilo de gestión ministerial, por lo que seguirá siendo tratado en la sección siguiente. Pero algunos de los problemas encontrados durante la implementación de este cambio valen tanto para la dimensión de atención como la de gestión, y han venido asociados a problemas en las capacidades estatales del MSP por un lado, pero también en relación a ciertas cuestiones intrínsecas al propio instrumento de gestión.

En primer término, el cambio propuesto intenta insertar ciertas prácticas regulatorias en un ámbito en el cual las mismas eran prácticamente inexistentes, por lo que la primera reacción de los prestadores privados es oponerse argumentando que es un intento de pasar por encima de la libertad de empresa. Sin embargo, rápidamente este mismo bloque opositor debió ajustarse a los parámetros fijados por el Estado, debido a que en muchos casos los equilibrios fiscales de dichas empresas dependen fuertemente de recibir o no los recursos implicados en el cumplimiento de las metas. Pero adaptación no es igual a sumisión, por lo que el accionar de dichos actores se centró entonces en bloquear la fijación de metas que pudieran atentar contra la libertad de gestión existente, promoviendo en cambio aquellas menos costosas, tanto en términos de inversión como como políticos.

A esta situación deben agregarse por un lado, un ministerio que a pesar de haberse profesionalizado en relación a este tipo de prácticas – como se observará en la sección siguiente – se debe enfrentar a un contexto marcado por la inexistencia en algunos casos y la hiper fragmentación en otros, de sistemas de información que colaboren en la capacidad del rector para mejorar la toma de decisiones y la planificación de la orientación general del sistema. Por otra parte, la realidad de los prestadores ya descrita implica necesariamente adoptar una estrategia gradual, de aprendizajes mutuos, y de continua negociación. Y es precisamente en esa negociación donde los puntos de veto vuelven a activarse.

La primera tarea vinculada a la fijación de metas de atención fue la definición de las líneas de base a partir de las cuales se podría evaluar el cumplimiento o no de las mismas. En este sentido, la incapacidad o la negligencia de los prestadores privados al momento de brindar la información necesaria, sumada a la estrategia seguida por el gobierno de avanzar evitando la mayor cantidad posible de conflictos, determinó que para la primera edición de las metas y los contratos de gestión, los diferentes prestadores definieran sus propias líneas de base. Esto determinó que en algunos casos, dicha línea se encontrara debajo de lo que en ese momento el prestador ya realizaba.

Si además de estas acciones que desde el primer momento deslegitiman al instrumento, se le agrega el hecho de que el ministerio no logró fortalecer sus capacidades de fiscalización, y que además la adopción de decisiones en materia de política sanitaria se encuentra fuertemente mediada por negociaciones políticas – al punto de que la información recogida nunca es visualizada como base para la toma de decisiones – los supuestos incentivos para cambiar se pierden, así como también se pierde la presión de brindar la mejor información disponible al rector del sistema. En este sentido, una aspiración del gobierno es que parte de la presión por una adecuada rendición de cuentas por parte de los prestadores provenga de la sociedad civil organizada – movimientos de usuarios – ya que se entiende que la capacidad “policial” del ministerio es limitada, y tampoco se pretende continuar aumentándola. Pero esta idea aún no ha logrado prosperar, entre otras cosas como consecuencia de que el actor social es todavía incipiente, por lo que no se le puede exigir ese tipo de responsabilidad. Pero este es otro de los cambios en el modelo de gestión que será repasado posteriormente.

Otro punto en el que vale la pena detenerse para poder aproximarse a una comprensión de cómo se han estado comportando los diferentes actores ante estos incentivos de cambio, es la heterogeneidad de los mismos. Ante diferentes estructuras y formas de funcionamiento, parece lógico que cada uno responda diferente a un mismo sistema de incentivos. El instrumento de metas parece ser bastante útil en relación a los prestadores mutuales, que claramente son el prestador mayoritario del sistema. Ahora bien, la situación financiera de los mismos determina, como ya se dijo, que para muchos de ellos sea de vital importancia cobrar por el cumplimiento de la meta. La consecuencia de esto es que las metas pierden sentido en la medida en que los prestadores se concentrarán en alcanzar los valores necesarios para cobrar, dejando de lado entonces el efectivo cambio en materia de procesos de atención.

Este problema no aparece únicamente en el sector salud y con estas metas, sino que es uno de los peligros señalados por parte de la literatura de gestión pública en relación a los diferentes mecanismos de pago por resultados, en especial cuando los indicadores de buena gestión se encuentran extremadamente cuantificados. En líneas

generales, el inconveniente que se puede presentar es que el actor regulado o evaluado se convierta en un especialista de cumplir metas, saltando de una a otra sin dejar construidas ciertas capacidades en relación a metas anteriores.

A modo de ejemplo, en la segunda etapa de los contratos de gestión entre el MSP y los prestadores, se incluyó una meta vinculada a un nuevo programa de salud mental, que implicaba entre otras cosas que todos los proveedores integrales debían tener a disposición de los usuarios un staff determinado de profesionales. Si el comportamiento en relación a las metas es el que se mencionaba recién, nada impedirá que si al cabo de cierto tiempo, el ministerio opta por modificar la meta para incentivar otro tipo de comportamiento o directamente cambian las líneas prioritarias, los prestadores reorienten sus recursos hacia la nueva meta, dejando al programa de salud mental desmantelado o con pobres niveles de atención.

Pero en definitiva, más allá de estos posibles inconvenientes o riesgos, que siempre pueden ser corregidos o evitados, las autoridades sanitarias tienen en el subsector privado sin fines de lucro a un conjunto de actores que pueden responder a las señales enviadas a través de este instrumento. El otro problema surge entonces cuando se pasa a considerar al resto de prestadores del sistema. Porque en un sistema que aspira a ser integrado, entre otras cosas requiere que buena parte de las reglas sean compartidas por todos, como forma de garantizar ciertos niveles de igualdad de trato en un contexto en el cual virtualmente todos compiten por la afiliación de ciertos sectores de la población.

En relación al principal prestador público – ASSE – lo que ocurre es que el peso de los afiliados FONASA, es decir, los pertenecientes al sistema de seguridad social, constituyen únicamente el 10% aproximadamente de su masa de afiliados. Esto determina que su principal fuente de ingresos no es el pago por concepto de cápitas, sino que por el contrario, ASSE depende para subsistir de la asignación presupuestal del gobierno vía rentas generales. Este dato es fundamental en la medida que el cumplimiento de las metas se paga a través de un incremento del valor de la cápita de cada usuario FONASA. Por lo tanto, un aumento del 5% del valor de las cápitas que recibe mensualmente ASSE no le otorga ningún beneficio significativo, por lo que el instrumento de las metas no sirve para el caso del prestador público como incentivo para el cambio de modelo de atención.

Prácticamente la misma lógica debe ser planteada en relación al vínculo entre metas y los prestadores privados que no son sociedades mutuales: los seguros parciales y demás prestadores con fines de lucro. Aquí los principales ingresos no provienen del Estado, y sí de aquellas personas que pagan directamente de su bolsillo la cuota fijada por estos seguros. Todavía es bastante marginal el número de usuarios del sistema que aportan al FONASA y optan por afiliarse a una de estas instituciones, pagando de su bolsillo la diferencia existente entre la cuota y la cápita que el fondo le paga al

prestador. Por otra parte, en líneas generales algunas de las prácticas que las metas han querido instalar ya son desarrolladas por estas empresas, que únicamente pueden considerar a las mismas como un incentivo en relación a la publicidad que pueden ganar de cara a nuevos afiliados, pero no en relación al impacto financiero asociado a su cumplimiento.

En relación a la parte “integrada” del nuevo sistema, dicha noción se encuentra estrechamente vinculada con los roles comunes o diferenciales que supuestamente los distintos actores deben ocupar en el conjunto del mismo, y por supuesto la definición de estas cuestiones no están exentas de conflictos y diferentes visiones políticas sobre el fenómeno. Esta situación pone en evidencia uno de los conflictos del nuevo esquema asistencial que todavía no parece estar resuelto, ni siquiera entre los propios integrantes del gobierno. El dilema refiere al rol de ASSE dentro del sistema: por un lado, el proceso de descentralización, el reforzamiento presupuestal y otra serie de medidas, han tenido la intención de hacer más competitivos a los centros públicos, además de salvaguardar las condiciones mínimas de la competencia mediante la imposición de los mismos controles y regulaciones que los prestadores privados.

Pero por otro lado, claramente la posición que históricamente cumplió el subsector público fue diferente a la ocupada por el resto de prestadores, y sobre todo, el perfil de los usuarios de estos servicios presenta particularidades específicas que también los diferencian de los usuarios de las IAMC por ejemplo. Otro tema asociado al anterior es el vínculo y relacionamiento entre ASSE y el resto de prestadores.

239

Aquí, la postura ha consistido en favorecer normativamente la colaboración entre los diferentes centros de atención, sin importar la naturaleza pública o privada de los mismos. Históricamente, sobre todo en el interior del país, donde muchas veces existe una única empresa prestadora además de un centro de atención pública, los profesionales son los mismos en ambos centros, e incluso algún médico puede ser trabajador de ASSE y al mismo tiempo ser dueño de una institución mutual. Esto derivó muchas veces en que estos profesionales atendieran a los pacientes en el centro privado, pero los estudios y demás procedimientos eran realizados en el centro público como forma de transferir los costos de atención entre subsectores. En teoría, la conformación del SNIS, al abrir la posibilidad de que ASSE sea una opción del asegurado entre otras medidas, estaría creando las condiciones necesarias para evitar este fenómeno de doble cobertura, tan ineficiente en términos sistémicos, pero sobre todo para el subsector público. De cualquier manera, no termina de quedar claro hasta qué punto estas prácticas se revirtieron, y en cambio se ha avanzado en términos de integración de servicios.

Pero además del componente de complementariedad e integración, inevitablemente el fortalecimiento de ASSE, junto a la disposición de que esta institución se convierta en una opción para el conjunto de usuarios del sistema, implica la conformación de un



espacio de competencia entre prestadores. Este hecho, nuevamente, se produce con mucha intensidad en el interior del país, donde muchas veces por razones de alcance territorial de los servicios, y en otras ocasiones debido a que efectivamente la calidad de la atención de los mismos es mejor en los centros públicos: los afiliados al FONASA podrían comenzar a migrar de las mutualistas hacia los hospitales de ASSE, perjudicando así a los prestadores privados.

Según Marcelo Setaro, Gerente de Planificación Estratégica del MSP, esta estrategia ha colaborado en una implementación exitosa de esta parte de la reforma, aunque también reconoce esta tensión: *“Explícitamente desde el gobierno se planteó no hablar de competencia y sí de integración y complementación de servicios. (...) En realidad todavía estamos en ciernes de cerrar el primer impulso de la reforma en cuanto a la conformación de la institucionalidad. Y en ese sentido el estatuto de ASSE dentro del sistema no está muy claro todavía. En términos discursivos uno puede decir que es un prestador más, pero ¿es un prestador más cuando brinda asistencia a 1.200.000 personas y tiene una red tendida en todo el país? ¿Qué atiende a los que no tienen dónde caerse muertos?”* (Alto funcionario público 2, 2011).

Una de las alternativas que fue proclamada por las autoridades, pero que hasta el momento está lejos de verse plasmada en la práctica, fue la intención de que ASSE ejerciera como una especie de “regulador de facto” en el entendido de que las mejoras en la calidad de atención y cumplimiento de metas por parte de ASSE, obligaría al resto de instituciones a mejorar su eficiencia, o de lo contrario las mismas comenzarían a perder usuarios que optarían por la atención pública. Las dificultades en este punto radican tanto en la dificultad que ha tenido ASSE para traducir las mejoras presupuestarias y la reducción de afiliados en mejorar la infraestructura y la atención; como en la noción instalada e institucionalizada de que la salud pública es la salud de los pobres, y por lo tanto – aunque únicamente sea por una cuestión de estatus social – las personas prefieren optar por alguna IAMC de peor calidad antes que cambiar de subsistema.

Otro punto es que más allá del acceso formalmente garantizado por medio del FONASA, la utilización efectiva de los servicios aún se encuentra un tanto matizada por la permanencia de copagos, tanto para las consultas médicas como para los medicamentos. Si bien se avanzó en la reducción de dichos precios, y en el establecimiento de ciertas gratuidades como por ejemplo los tickets de medicamentos para diabéticos o hipertensos, o la exoneración de pago de órdenes para la realización de ciertos estudios como el Papanicolaou; lo cierto es que todavía existen ciertas barreras al consumo que reducen el impacto progresivo de la reforma sobre la renta de las personas.

A diferencia de lo observado en materia de financiamiento, en relación con el modelo de atención sí se advierten intenciones de promover ciertos cambios de mayor

envergadura, cuya materialización implicaría cierta reorientación del rumbo general del sistema de salud uruguayo. La opción adoptada por los promotores de la reforma de seguir una estrategia gradual y negociada en la instalación de prácticas de atención asociadas a la prevención y la promoción, conforman un tipo de cambio institucional gradual asociado al reemplazo o *displacement*. En la medida en que la retórica internacional, regional e incluso nacional, se ha venido orientando en las últimas décadas hacia la necesidad de promover un modelo de atención basado en sus aspectos primarios – tanto por sus efectos sanitarios como financieros, como forma de contener costos – este reemplazo viene en cierta forma “importado” desde fuera del sistema. Pero también dicha retórica se ha observado en las propuestas de reforma de las organizaciones sindicales de trabajadores médicos y no médicos repasados en capítulos anteriores.

Considerando los bloqueos o resistencias a estos cambios, de lo presentado hasta ahora se desprende que son las empresas prestadoras las principales opositoras, debido a que la adaptación al nuevo modelo le impone por un lado una serie de costos asociados con adaptaciones en infraestructura y recursos humanos, pero además la resistencia es consecuencia de una concepción instalada de que los estudios más complejos son aquellos que ofician de mejor publicidad para captar nuevos afiliados, al tiempo que también conformaban una interesante fuente de ingresos por concepto de copagos. En la medida que la idea de las metas de atención no logre consolidarse como el instrumento promotor del cambio, difícilmente estos actores aceptarán modificar su comportamiento.

### **VIII.5.3. Modelo de gestión**

La tercera dimensión a observar alude a los cambios o continuidades en el modelo de gestión, que fundamentalmente para esta reforma, consiste en el fortalecimiento del rol de rectoría del MSP. Una futura consolidación de esta transformación sería la más importante en términos de reforma del Estado, pero también en relación al grado de profundidad de la reforma de la salud iniciada por el Frente Amplio, en la medida en que la reconfiguración del rol del Estado en cualquier arena de bienestar constituye un cambio cualitativo de envergadura, que muchas veces puede ser asociado con cambios de paradigma o de tercer orden.

Conceptualmente, el rol del Estado, y en particular del MSP, que proyectó la reforma fue el de instituciones activas en la planificación política y técnica de la política sanitaria; en la regulación del funcionamiento del conjunto de prestadores, independientemente de su naturaleza pública o privada; ejerciendo como garante de niveles básicos de calidad en la atención recibida por el conjunto de la población. La realización efectiva de estos objetivos, partiendo de un escenario de clara debilidad estructural y política, depende inevitablemente de un proceso previo o paralelo de fortalecimiento institucional orientado a estas nuevas funciones.

Estos cambios se podrían concentrar en tres grandes conjuntos de medidas o procesos. En primer término, en aras de oficiar efectivamente como rector del conjunto del sistema de salud, el primer paso para el nuevo gobierno fue el de separar las funciones de diseño, planificación y evaluación de la función de provisión directa de los servicios de atención. Esta medida, en clara línea con los postulados gerencialistas, se materializó en la descentralización administrativa de ASSE. Con la nueva configuración, se pretendía ganar en ambos sentidos: por un lado, el ministerio quedaría liberado de gestionar la complejidad asociada al funcionamiento de la empresa de servicios más grande del país – en términos de cantidad de personal, alcance territorial de sus centros y cantidad de personas atendidas, entre otros – mientras que el directorio de ASSE adquiriría mayor libertad de gestión.

Si bien este esquema es similar al seguido en los últimos tiempos por diferentes países y en diferentes sectores de política pública, lo cierto es que esto no inhibe el hecho de que se presenten algunos cuestionamientos o problemas en relación a su implementación. En los planteos de las corrientes gerenciales, la lógica detrás de la tercerización o descentralización es que las instituciones que se separan del centro estatal, con una conformación claramente técnica, adquirirán mayor autonomía de gestión, y se relacionarán con el principal – político – mediante contratos o compromisos de gestión. En el caso de ASSE, esta descentralización se da con un organismo cuya dirección se encuentra a cargo de personas designadas políticamente – dos en este caso – y siguiendo muchas veces criterios más políticos que técnicos.

242

---

Si a estos directores se les agrega el hecho de que el resto del directorio también está integrado por un miembro de la oposición y otros dos directores representantes de los trabajadores y los usuarios respectivamente; el resultado es una institución con autonomía de gestión pero con un proceso interno de toma de decisiones absolutamente mediado por razones políticas, que pueden escapar al control jerárquico del ministro de turno, que es el representante más cercano de la ciudadanía, y por esta razón debe responder parlamentariamente por el funcionamiento de ASSE. Entonces, cuando quienes dirigen ASSE no pertenecen al mismo partido o sector político del ministro, no es fácil asegurar que el funcionamiento del primero vaya a seguir las directivas del segundo.

Y en este punto resulta pertinente retornar al planteo realizado sobre los cambios en el modelo de atención: si la idea es construir un prestador público que compita con los prestadores privados, entonces la descentralización cobra aún mucho más sentido, en la medida que por ejemplo el ministerio no puede ser juez y parte del proceso. Pero entonces, la descentralización debería haber sido acompañada por toda una serie de cambios en las capacidades institucionales de gestión de ASSE, como las formas de reclutar, pagar y despedir a su personal médico y no médico, así como también cambiar la estructura presupuestal en términos de su conformación y libertad de

gestión. Por último, si lo que se pretende construir es una empresa proveedora que compita en el mercado, entonces comienza a perder sentido el mantenimiento de una integración política de sus cargos gerenciales. Pero de nuevo, estos son pasos que nadie dentro del gobierno parece estar dispuesto a dar, en buena medida porque no termina de existir una postura clara en relación al rol de ASSE, pero además muchas voces frentistas reconocen un rol diferencial dentro del sistema.

Pero más allá de estos cuestionamientos o signos de interrogación referidos a la descentralización de ASSE, lo cierto es que una vez consumado dicho cambio casi en paralelo a la aprobación del nuevo sistema, comenzó a posicionarse como segundo gran proceso, vinculado a la estructura y capacidades internas del MSP. Por ejemplo, una de las principales transformaciones identificadas durante el primer año de la administración Vázquez fue la creación de la División Economía de la Salud. Esta unidad, tuvo como cometidos esenciales aportar en la tecnificación del ministerio, por ejemplo en cuestiones asociadas a la definición de un calendario de incorporaciones al FONASA para evitar el colapso del sistema; el cálculo de los valores de las cápitas según categorías y sus posteriores ajustes correspondientes, entre otros.

De esta manera, se comenzó a torcer una práctica consolidada en los años previos de absoluta debilidad del MSP ante sus pares de Economía. *“En los períodos pasados el MEF nos llamaba para avisarnos que iba a hacer el ajuste de la cuota, pero el ministerio no tenía equipos técnicos para acompañar ese proceso. Ahora vos ya lo venís pre discutiendo a nivel de la JUNASA<sup>48</sup>. Cuando los especialistas en salud hablan de rectoría, en general están hablando de policía sanitaria y vigilancia epidemiológica; no hablan de todas estas cosas.”* (Alto funcionario público 2, 2011)

243

En este sentido, las mayores innovaciones en esta dimensión vinieron efectivamente por el lado de la firma de contratos de gestión entre la JUNASA y los distintos prestadores, en los que se han ido fijando una serie de metas asistenciales que tuvieron y tienen el objetivo de orientar el cambio de modelo de atención. Dentro del primer conjunto de metas se pueden destacar una serie de actividades obligatorias para el control de las mujeres embarazadas y los recién nacidos; incentivos para la capacitación y formación continua de los recursos humanos médicos y no médicos; además de la fijación de plazos para que los usuarios tengan elijan o tengan asignado un médico de referencia (gatekeeper), como forma de ir orientando la práctica hacia la atención primaria como ya fue mencionado. El cumplimiento de las metas fijadas por el MSP le permite a los prestadores obtener una importante suma de recursos adicionales.

---

<sup>48</sup> Setaro hace referencia a la JUNASA porque al momento de realizada la entrevista, la Dirección de Economía de la Salud ya se había trasladado a una nueva Unidad Ejecutora, la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, creada en el año 2010 en el inicio del segundo gobierno del FA. Esta dirección es la encargada de ofrecer parte del asesoramiento técnico para el trabajo de la JUNASA.

Otra parte de la regulación del sector llevada adelante por el Ministerio fue la definición de un Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) que consiste en un listado taxativo de los diferentes servicios que deben componer el paquete básico de atención ofrecido a cualquier usuario. En el caso de los usuarios FONASA, el PIAS debería estar cubierto por la cápita que cada prestador recibe del Fondo. A lo largo de estos años de implementación, se han ido incorporando más servicios al PIAS, como la atención en salud mental, que trajo aparejada la necesidad para la mayoría de las instituciones prestadoras de conformar equipos de profesionales en esta materia. Como consecuencia, este plan fue incluido como nueva meta asistencial, para ofrecer apoyo a estos cambios.

Pero el seguimiento y control del cumplimiento de las metas requiere necesariamente la conformación de un fuerte equipo inspectivo, altamente profesional. Y aquí es una de las actividades en las que el MSP ha encontrado más dificultades, debido a la escasez de personas capacitadas para dicha tarea, y las pocas capacidades del MSP para ofrecer condiciones de trabajo y especialmente salariales competitivas con los recursos que estas personas reciben en el sector privado. *“Estos funcionarios tienen un régimen de alta dedicación horaria a la función, además de incompatibilidades respecto a la práctica profesional por fuera del ministerio. Estos inspectores firman un compromiso de gestión con el MSP, donde se establecen una serie de metas de desempeño, las cuales determinan un porcentaje variable de su retribución.”* (Setaro, 2009). Este tipo de vínculos contractuales plantearon una cierta novedad dentro del sector, pero a nivel de la Administración Pública ya se habían comenzado a implementar esquemas de este tipo entre los inspectores de la Dirección General Impositiva – organismo encargado de la recaudación de impuestos, dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas – a raíz de la implementación del IRPF.

Por otra parte, la gestión adecuada de estas tareas debe contar también con un sistema de información solvente, y hasta ahora el MSP no ha logrado construir un sistema único de recolección de datos, en parte como consecuencia de incompetencias de la conducción política y técnica, pero también en buena medida debido a las reticencias de quienes al interior del Ministerio manejan información de forma específica, aunque fragmentada.

Este parece ser un punto en el que tanto los actores del gobierno como de la oposición – con sus matices lógicos – han mostrado cierta coincidencia. Así, el Senador Solari consideraba que: *“...el ministerio ha estado muy débil, omiso, en la conducción y planificación del sistema; en decir qué recursos humanos se necesitan y en qué cantidades, en decir qué inversiones hay que hacer y en dónde – públicas o privadas. Y ha estado omiso porque ha estado tradicionalmente omiso en esas áreas y porque además la autonomía universitaria juega en contra. Creo que no puede haber un*

*sistema integrado de salud que no tenga una conducción clara sobre la planificación de sus recursos humanos.” (Parlamentario de la oposición, 2011).*

Desde el lado del gobierno, uno de los principales cargos políticos en el MSP, evaluaba lo siguiente: *“Yo creo que la primera etapa dejó sentadas las grandes carreteras del modelo reformista pero que ahora se vienen las etapas que duelen, que tienen como temas centrales tres desafíos: avanzar en el pleno ejercicio de la rectoría del sistema; adecuar los recursos humanos a las necesidades sanitarias del país, y en ese sentido las distorsiones que generan las respuestas corporativas de algunos colectivos médicos incluso en la formación plantean una barrera objetiva para esta dimensión. Tercero, fortalecimiento del prestador estatal. Yo creo que ahí venimos lento. La rectoría tiene dos componentes, uno infraestructural, que se puede construir más lento o más rápido, y de hecho se ha avanzado en la delimitación de los roles de la DIGESA y la DIGSNIS. Después hay un tema de correlación de fuerzas y de voluntad política: es imprescindible que estés dispuesto en algún momento a tener conflictos y tensiones muy importantes para resolver los temas a favor de la calidad de atención algunas de las dificultades del sistema.” (Alto funcionario público 3, 2011).*

Finalmente, aunque no menos importante, la reforma de la salud en Uruguay trajo aparejado un cambio cualitativo importante en relación a la concepción de democracia que se encuentra detrás del proceso de gobierno del sector. Básicamente, el SNIS tuvo entre sus principales innovaciones organizativas y de gestión, la inclusión de actores de la sociedad civil en prácticamente todos los espacios del ciclo de la política sanitaria: desde la cúspide, mediante la presencia de representantes de los usuarios, empresarios y trabajadores en la JUNASA o incluso también usuarios y trabajadores en ASSE, hasta los niveles más cercanos a la prestación través de la incorporación de consejos consultivos en cada uno de los prestadores (Clavell & Rodríguez Araujo, 2010).

Estos cambios implicaron importantes esfuerzos y costos desde el punto de vista del actor estatal, sobre todo en relación a la conformación de un nuevo actor social como son los usuarios, que por su naturaleza es un colectivo extremadamente heterogéneo y con escasas capacidades de generar acción colectiva concreta. A diferencia del movimiento sindical, que posee una central única y tiene además sus mecanismos de representación interna fuertemente consolidados; para los usuarios estas oportunidades de participación generaron rápidamente toda una serie de discusiones en torno a la representatividad de las organizaciones y los mecanismos más correctos para su nombramiento.

Pero además, el proceso iniciado también presenta importantes riesgos en relación a la postura adoptada por las organizaciones con más poder y fuertemente institucionalizadas:

*“...hay que tener presente que las innovaciones democráticas se pueden constituir en el escenario para la puja de dos tendencias contrapuestas: por un lado, la corporativización nociva de los procesos de decisión y, por otro, la potenciación del peso de los sujetos que son actualmente subalternos en la política y la economía. El primero es un riesgo asociado a la conducta de los trabajadores y los empresarios. En el caso de los sindicatos, su ubicación en espacios de gestión directa de servicios sociales (como el Directorio de ASSE), puede alentar la exacerbación de las prácticas corporativas y autoritarias, ya que se dispone de un mecanismo administrativo de sanción en los espacios de gestión para aquellos no alineados con la corriente sindical del representante. En el caso de los empresarios, formar parte de ámbitos de regulación y control de todo el sistema (como la JUNASA), implica incidir en las regulaciones que ellos mismos deben respetar, por lo que su lógica de acción maximizadora de beneficios debe ser fuertemente compensada por la acción de los demás actores participantes.” (Rodríguez Araujo, 2011)*

De las iniciativas de cambio repasadas, se podría advertir que también en materia de gestión existe un intento de promoción de transformaciones graduales que impliquen en el mediano plazo cierta discontinuidad en la correlación de poder existente. Las mismas se encuentran orientadas por un lado, al fortalecimiento y la profesionalización del MSP, como eje fundamental de conducción del sistema en su conjunto; pero por otra parte, las iniciativas también han dado cuenta de ciertas intenciones de promover la participación social en la conducción del mismo.

246

---

Sin embargo, en vista de los resultados obtenidos hasta el momento, es necesario dejar planteada la duda de hasta qué punto ambos objetivos son compatibles, en la medida que la institucionalización de la participación social viene a consolidar aún más las fortalezas de aquellos actores que en el sistema anterior gozaban de importantes capacidades de ejercer veto efectivo sobre los cambios propuestos. En definitiva, las iniciativas pro democratización pueden estar teniendo como objetivo el reforzamiento de la lógica corporativa existente anteriormente. Por lo tanto, la situación ya no sería de transformación gradual, sino de ajuste para la reproducción del orden existente.

Por otra parte, mientras que las conclusiones sobre el componente innovador de las metas de atención ya fueron presentadas en el apartado anterior, en lo referido al proceso de reestructura y fortalecimiento interno del MSP cabe decir que el mismo todavía hoy en día se encuentra paralizado, destacándose como principal novedad la creación en la última ley de presupuesto – la correspondiente al segundo período del FA en el gobierno – de la Dirección Nacional del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS). Dicha dependencia incorporó a la División de la Economía de la Salud, que se conformó en el corazón de la misma, al tiempo que también se le encargó como función la representación del MSP en el directorio de la JUNASA.

Por ese motivo, allí es donde se ubica la gran mayoría de la generación de información del sistema en su conjunto, y desde ahí se negocian los contenidos de las metas y prestaciones incorporadas al PIAS. Pero este movimiento ha tenido algunas consecuencias negativas, fundamentalmente por el escaso diálogo entre direcciones – fundamentalmente la DIGESA – que en muchos casos dificulta el funcionamiento de actividades que requiere necesariamente la colaboración entre oficinas.

Finalmente, el MSP participa desde el año 2010 de un plan piloto de fortalecimiento institucional, liderado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSC) junto a los ministerios de Industria, Energía y Minería (MIEM) y el de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA). Pero hasta el momento de escribir estas líneas, dicho proceso, que involucra la revisión de las funciones, cometidos, estructura organizativa y estructura de cargos de la institución; todavía no ha arribado a ningún resultado tangible u observable. Es por eso que en relación a los diferentes modelos de gestión trabajados en capítulos anteriores, aún no se puede considerar prácticamente ningún cambio, en la medida en que salvando la descentralización de ASSE, pocos avances han ocurrido. Como metas por conseguir, la reforma todavía tiene pendiente avanzar en la descentralización administrativa de los centros de atención departamentales de ASSE, al tiempo que también continúa en deuda en relación a una planificación efectiva de la formación, vínculo y salario de los trabajadores del sistema en su conjunto. En relación a este punto, aún está pendiente la discusión política en torno a la aprobación de un estatuto único del profesional de la salud.

En definitiva, la efectiva tarea de reformar al MSP carece de apoyos por parte de los actores ajenos al sector público, pero tampoco cuenta con el respaldo político que la complejidad del tema amerita al interior del gobierno. Esto se debe fundamentalmente a que en materia de “Reforma del Estado” el Frente Amplio no parece haber desarrollado una línea concreta de acción.

## **VII.6. Recapitulación**

El triunfo del Frente Amplio en las elecciones del año 2004 abrió una ventana de oportunidad para la realización de una serie de reformas estructurales en diversas áreas consideradas clave para el desarrollo integral de Uruguay. Sin lugar a dudas, el sector salud era uno de ellos, y en buena medida la aprobación e inicio de implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud parece demostrar que algo logró pasar por dicha ventana. Para ello, el proceso político que debió pasar el proyecto de reforma estuvo caracterizado por la participación de diversos actores, en algunos casos con intereses contrapuestos, y una clara predisposición por la negociación.



Una contrapartida inherente a este estilo de hacer política, fue el abandono o la atenuación de algunos cambios en algunos casos, y la posposición de ciertos conflictos por otro. Así, hasta finales del 2009 se vivió un escenario expansivo del nuevo sistema, caracterizado por el incremento de los recursos económicos de todos los actores del sistema, y la incorporación al mismo de un importante número de ciudadanos. Sin embargo, las situaciones potencialmente más conflictivas como aquellas configuraciones existentes para ciertos colectivos privilegiados como los esquemas de aseguramiento de corporaciones profesionales como la de los notarios, o policías y militares, no se vieron afectadas durante este período de gobierno (Fuentes & Setaro, 2011).

El “guión” para el sector salud en la segunda presidencia del Frente Amplio, liderada por José Mujica, fue aportado de alguna manera por el programa de gobierno definido en el año 2008, en el Congreso “Zelmar Michelini”. Allí, los principales puntos para el sector salud fueron: fortalecer la Rectoría del Estado sobre el conjunto del sector, afirmar ASSE y al resto del subsistema público, fomentar la participación social de usuarios y trabajadores, consolidar el nuevo modelo de atención, culminar el total aseguramiento del seguro nacional de salud, además de intensificar la formación y capacitación de los trabajadores del sector. Como se puede observar, todos estos puntos mencionados hacen alusión a los cambios iniciados en el período anterior de gobierno, pero que no obstante, no llegaron a terminar de consolidarse, por lo que es de esperar que para alcanzar la sustentabilidad de la reforma en el mediano plazo, la misma todavía deba enfrentar fuertes oposiciones de parte de los colectivos anteriormente mencionados.

A continuación, el capítulo final intentará responder las preguntas planteadas al comienzo de este trabajo, haciendo dialogar explícitamente a las teorías y planteos presentados a lo largo de los capítulos anteriores con el caso uruguayo; para determinar si el mismo puede aportar confirmaciones o diferencias en relación a los diferentes debates en torno al cambio institucional y las transformaciones de los Estados de Bienestar contemporáneos.

## CAPÍTULO IX: La creación del SNIS en Uruguay: un cambio ¿estructural?

Retomando los principales objetivos de este trabajo, la intención del mismo fue aportar cierta luz sobre dos cuestiones: ¿Qué factores político-institucionales determinaron el relativo éxito de la aprobación de un nuevo sistema de atención sanitaria? Y al mismo tiempo, ¿Qué tipo de cambios – y por qué – se produjeron finalmente en los distintos componentes de la reforma? La respuesta a esta última pregunta permitirá explorar hacia dónde se está reestructurando la matriz de bienestar en un país de renta media en contexto de crecimiento económico como Uruguay.

### IX.1. El sistema de salud uruguayo como ejemplo de tenacidad institucional

La mayoría de la literatura sobre Institucionalismo Histórico aplicado a las reformas de los regímenes de bienestar en general, y de los sistemas de salud en particular, está centrada en contextos de crisis y en medidas que tienen como principal objetivo recortar y/o privatizar los esquemas existentes (Mahoney & Thelen, 2010; Pierson, 2001; Hacker, 2005 entre otros). En este sentido, los análisis muestran cómo los marcos institucionales existentes configuran diferentes mecanismos que dificultan la implementación de dichos cambios, o por el contrario, determinan que los promotores de las reformas busquen otro tipo de alternativas, más graduales e incluso solapadas, para alcanzar sus objetivos (Munk & Baggesen, 2010; Streeck & Thelen, 2005).

Es en este sentido que la implementación del SNIS en Uruguay aparece como un caso más que interesante dentro de este tipo de literatura, ya que el mismo viene a ofrecer evidencias vinculadas con el rol de las instituciones y su legado histórico en una reforma cuyos objetivos principales no se encuentran orientados al recorte sino a la expansión, tanto de beneficios y recursos, como también al fortalecimiento del actor estatal en el conjunto del sistema. Por lo tanto, la intención de este trabajo fue dar cuenta de ciertos procesos de cambio y reforma institucional en un contexto que no es el de “austeridad permanente” (Pierson, 2006).

Repasando algunos de los principales hitos presentados a lo largo de este trabajo, se podría decir que el *path* construido en Uruguay en materia sanitaria puede ser caracterizado por una gran debilidad estructural del Estado, por oposición a la fortaleza o poder de presión y veto de diferentes actores sociales, originalmente sin fines de lucro (Rodríguez Araújo, 2011; Setaro, 2010). De gran ayuda para el inicio de este proceso y su posterior retroalimentación o *increasing returns* (Pierson, 2000) fue la tardía incorporación de las instituciones estatales en las diferentes funciones de

cualquier sistema de salud: fundamentalmente la provisión, regulación y financiamiento del mismo (Wendt, 2009). Así, el resultado a lo largo del siglo XX fue la conformación de un sistema bastante fragmentado, con claros rasgos bismarckianos vinculados a la existencia de diferentes seguros de salud, en el cual las instituciones de asistencia públicas estuvieron destinadas a cubrir la atención de aquellas personas que carecían de los recursos necesarios para hacer frente a los costos de atención en los prestadores privados con y sin fines de lucro (MSP, 2009).

Esta fragmentación, e incluso dualización del sistema también es identificada por algunos de los entrevistados:

*“La atención de la salud, la atención médica y hospitalaria, históricamente se han desarrollado en Uruguay en dos vertientes totalmente separadas. Una es la vertiente de los hospitales públicos, donde históricamente se atendieron gratuitamente los pobres de la sociedad; y el otro es la atención médica y hospitalaria privada, donde se atiende el sector de la sociedad que puede pagar por sus servicios. Esa es la raíz histórica.”* (Parlamentario 1, 2011)

Estas características del entramado institucional del sistema han operado a lo largo del tiempo, en algunas ocasiones como puntos de veto, pero por otra parte también han condicionado fuertemente las diferentes opciones de reforma disponible. En este sentido, las alternativas que se alejen demasiado de la estructura vigente difícilmente logren ser viables políticamente, como consecuencia de que las transformaciones implícitas a estos cambios radicales van a despertar mayores resistencias entre los diferentes actores. En buena medida, esto se debe a que el *path* existente ha ido generando una serie de rendimientos incrementales entre los promotores y beneficiarios de este punto de equilibrio, y que por ende han estado reforzando sus recursos de poder, y consecuentemente los costos asociados a un cambio de las condiciones (Pierson & Skocpol, 2008).

---

250

Claramente, este es el caso del mutualismo en Uruguay, cuya centralidad en el sistema sanitario es prácticamente incuestionable, más allá de los problemas en materia de atención, gestión y financiamiento que ha mostrado este esquema de organización. Si se retoma el repaso realizado en el Capítulo VII de los diversos intentos de reforma a lo largo del siglo XX, se puede advertir cómo prácticamente la totalidad de los proyectos reconocían por un lado las debilidades del mutualismo, pero justamente partían de este hecho para intentar construir un esquema que potenciara a estos prestadores. En definitiva, ni la privatización completa del sistema ni su estatización, han sido opciones concretas para la clase política uruguaya, ya fueran gobiernos de derecha o de izquierda.

Este hecho condicionó los posteriores pasos realizados por las autoridades públicas, ya que en líneas generales la intervención pública tendió a producirse en aquellas áreas o espacios que no habían sido ocupados por el sector privado, mientras que por otra

parte, al intentar incidir en aspectos regulatorios, el Estado tuvo que hacer frente a actores con variados recursos y capacidad de veto (Tsebelis, 2006; Immergut, 1992a). De hecho, en buena medida las primeras leyes promulgadas durante el siglo XX con intenciones de regular la provisión de servicios de salud, las condiciones que debían cumplir los prestadores, y fundamentalmente las condiciones de trabajo del personal médico y no médico por parte del Estado: llegaron como consecuencia de la demanda de los propios médicos, quienes vieron en la institucionalización de ciertos requisitos de formación y posterior acreditación, una forma de consolidarse como los actores con el saber específico del sector (Piotti, 1998a).

El resultado de la combinación de esta situación fue la construcción, a lo largo de casi todo el siglo XX, de un sector público con escasas capacidades institucionales – tanto desde el punto de vista administrativo como político – para ejercer efectivamente como rector del sistema (Repetto, 2004); además de que en relación con la provisión, el subsistema público quedó relegado a un rol residual y de corte netamente asistencial (MSP, 2009).

Como contrapartida, los sucesivos intentos a lo largo del siglo XX de conformar algún tipo de seguro nacional de salud, universalizando la cobertura, no solo no lograron prosperar, sino que ni siquiera pasaron la instancia de comisiones dentro del Poder Legislativo. De manera que aquí aparece sin lugar a dudas uno de los principales puntos de veto, mencionados por Immergut (1992b) e identificados en el entramado institucional uruguayo. Probablemente, esto se deba al hecho a que el espacio de las comisiones es aquel en donde los diferentes intereses involucrados en la política discutida pueden operar y plantear los reparos y coincidencias con la propuesta. Dicho espacio, en un contexto caracterizado por gobiernos que no son mayoritarios pero que además son dirigidos por partidos que a su interior presentan diversas fracciones, dificulta enormemente la conformación de las coaliciones políticas de apoyo necesarias para promover cualquier tipo de cambio.

Sin llegar al extremo planteado por Steinmo y Watts (1995) en relación al caso de Estados Unidos, donde la incapacidad de los diferentes gobiernos para promover cambios en el sistema de salud se debe fundamentalmente al complejísimo sistema de contrapesos y puntos de veto institucionales, sin importar demasiado la naturaleza de la propuesta ni las mayorías parlamentarias del gobierno; lo cierto es que Uruguay también presenta como característica el hecho de que fue construyendo marcos institucionales al interior del Estado que tendieron a priorizar ciertas garantías sobre las minorías políticas a la hora de ejercer control sobre el gobierno, como forma de no ser avasalladas por las mayorías circunstanciales.

De esta manera, como se presentó en el capítulo IV, la mayor parte de las macroinstituciones – sistema electoral, organización de los diferentes poderes públicos por ejemplo – se conformaron de forma negociada entre los dos partidos históricos del

país – Partido Colorado y Partido Nacional – entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Generalmente, las nuevas instituciones estuvieron vinculadas a la resolución de diferentes coyunturas críticas, generadas por alzamientos armados de los sectores nacionalistas contra los sucesivos gobiernos colorados, reclamando efectiva participación en instancias de gobierno (Lanzaro, 2003). Así se fue conformando una institucionalidad estatal muy fragmentada, y permeada al mismo tiempo por prácticas negociadas y co-participativas que se materializaron con la conformación de diversos directorios colegiados – a nivel de empresas públicas por ejemplo – de composición bipartidista, que buscaban explícitamente otorgar estabilidad a partir de esta incorporación de la oposición a instancias de control político (Papadópulos & Zurbriggen, 2007).

Si bien el sector de la salud en Uruguay ha sido caracterizado en este trabajo como un ejemplo de *frozen landscape* (Palier & Martin, 2008) esto no quiere decir de ninguna manera que el mismo no haya pasado por diferentes instancias de cambio. En definitiva, reconocer teóricamente y observar empíricamente que diferentes actores, colectivos e individuales, tenderán a resistir determinados cambios debido a que los mismos invierten mucho tiempo y recursos en adaptarse al funcionamiento de las instituciones (Steinmo, 2008); no inhibe que de cualquier manera se produzcan cambios en las diferentes instituciones. Algunos de estos cambios, en su gran mayoría de corte gradual, son repasados a continuación.

## **IX.2. Cambios graduales en contexto de crisis permanente**

Buena parte de la literatura revisada en este trabajo reconoce que a pesar de que efectivamente puedan existir diferentes condiciones que dificulten, o sencillamente bloqueen ciertas transformaciones, hay algo que estas reglas no pueden controlar: su entorno. Por lo tanto, incluso en los escenarios más congelados, una crisis financiera, la aparición de una nueva epidemia, o el aumento constante del desempleo, pueden terminar presionando por ajustes en las instituciones, sencillamente por razones de supervivencia. De alguna manera, esto fue lo ocurrido en el sistema sanitario uruguayo entre el retorno a la democracia en 1985 y la victoria electoral del Frente Amplio en el 2004.

Los cambios identificados, de corte gradual, fueron transformando buena parte de la fisonomía del sector en su conjunto. A la hora de caracterizar los mismos, en su mayoría podrían ser considerados como un caso de *drift* o desvío (Streeck & Thelen, 2005), en el sentido de que fueron producto de transformaciones en el entorno y no de movimientos en las condiciones en las que los servicios eran ofrecidos. Así, el deterioro del proceso de crecimiento económico sobre fines de la década de los noventa, con su correlato en el aumento del desempleo y de los niveles de pobreza, determinaron la migración de una importante cantidad de personas desde el subsector

privado – fundamentalmente de las IAMC – al subsector público. Este hecho, producto de la estructura bismarckiana del esquema de aseguramiento, centrada en la pertenencia al mercado formal de trabajo del asegurado, cambió de forma sustantiva la importancia de los prestadores públicos, al tiempo que determinó que los recursos de los mismos resultaran insuficientes para la correcta atención de su nueva masa de usuarios. Es que en este período terminaron confluyendo dos factores que se retroalimentaron: aumento de usuarios con disminución o congelamiento del presupuesto disponible.

En este mismo sentido, revisando los cambios presentados por Hacker (2005) para el caso de la seguridad social en Estados Unidos, se desprende que si bien los gobernantes de turno eran claramente contrarios a la participación del sector público en la provisión de servicios sociales, en vez de terminar con estas actividades optaron por una estrategia de deterioro constante – tanto en términos de recursos financieros y humanos disponibles como de calidad de atención – al mismo tiempo que se fue favoreciendo la consolidación de una oferta incipiente de seguros parciales de carácter privado, fundamentalmente a partir de una virtual inexistencia de regulación a su funcionamiento. Similar a esta estrategia fue lo vivido en Uruguay durante la década de los noventa.

Sin lugar a dudas, uno de los principales motivos que oficiaron como catalizadores del cambio fue la situación de crisis que vivía tanto el sector sanitario en particular, como en general el resto de actividades económicas y sociales del país durante los años previos al triunfo electoral del FA. En este punto, el caso uruguayo parece alinearse a los trabajos centrados en la conformación de equilibrios puntuados o fuertes períodos de crisis como catalizadores de cualquier tipo de reforma de corte institucional (Pierson & Skocpol, 2008; Steinmo, 2008; Pierson, 2000). La crisis no hizo más que precipitar la realización de algún tipo de intento por revertir estas condiciones, independientemente de qué partido fuera a gobernar. Esto se puede advertir en las propuestas electorales de los principales partidos mencionadas en el capítulo anterior.

De manera que este nuevo contexto vino a generar un cambio en la predisposición a la reforma de los diferentes actores: en la medida de que la reforma se tornó inevitable, el camino más razonable ya no era oponerse a la misma, sino intentar ajustar sus contenidos a los intereses propios. Esta modalidad de acción puede ser vista particularmente en aquellos actores con mayor capacidad de activar los puntos de veto de este sistema: las gremiales médicas y las empresas proveedoras de servicios. De modo que parte del amplio apoyo generado por los promotores de la reforma comienza a verse también fuertemente condicionado a los alcances que posteriormente adquiera la misma en relación a los intereses de estos actores.

Sin embargo, la situación de crisis no puede ser considerada como la variable explicativa de la reforma del sistema de salud en Uruguay, por el simple hecho de que

la crisis en el sector no fue ni es algo nuevo ni coyuntural, sino estructural. Pero dicha situación no había derivado hasta el momento en ninguna reforma. Es por eso que se torna necesario indagar en otros factores que pueden haber posibilitado la aprobación de estos cambios. En ese sentido, otra explicación relativamente sencilla de este proceso se podría dar a partir del hecho de que el Frente Amplio llegó al gobierno con mayorías en ambas cámaras del Poder Legislativo. Sin embargo, nuevamente este hecho por sí solo no permitiría dar cuenta de las razones por las cuales buena parte de los diversos puntos de veto existentes en esta política no se activaron durante la aprobación de las sucesivas leyes. Y sería demasiado ingenuo considerar que los mismos fueron simplemente evitados por la existencia de dicha mayoría.

El escenario de crisis permanente que vivía el sector sanitario uruguayo desde hacía ya varias décadas, fue configurando una serie de diagnósticos ampliamente compartidos en relación a las causas de la misma (Pérez, 2009). Sin embargo, a pesar del diagnóstico compartido por los diferentes actores y de que muchas de las propuestas de reforma no diferían sustantivamente entre sí – como se presentaron en el capítulo anterior – los mismos no fueron capaces de arribar a propuestas que nuclearan y dieran sustento para la formación de algún tipo de coalición reformista. De modo que una de las posibles razones de estos bloqueos puede haber sido la desconfianza existente entre ellos, mientras que por otro lado, cabría la posibilidad de que más allá de los titulares y grandes líneas de acción, las diferencias de fondo estuvieran presentes y no habilitaran el acuerdo. En definitiva, parece útil para observar dicho escenario la noción presentada anteriormente de que los actores dentro de los subsistemas tenderán a interpretar los acontecimientos de una forma que termine favoreciendo sus propios intereses.

La adopción de una u otra estrategia de reforma, y la posibilidad de que se construya una coalición reformista, dependerá en buena medida de la lectura de la crisis que realicen los diferentes actores involucrados; y dicha lectura estará influida fuertemente por los valores y creencias que estructuran a este conjunto de actores, debido a que esas ideas son las que aportan los lentes con los que se observa e interpretan los hechos. En este sentido, las coaliciones – y sus integrantes – tenderán a leer los impactos de la crisis y a construir alternativas políticas para salir de la misma, como formas de reafirmar las condiciones y posiciones de poder existentes.

Por lo tanto, la coalición dominante antes de la reforma, tenderá a promover transformaciones en la medida en que se produzca algún tipo de cambio en las ideas de la misma que la lleve a visualizar dicho proceso como una oportunidad de fortalecer o consolidar su predominio (Nohrstedt & Weible, 2010). En el sistema de salud uruguayo, claramente las empresas prestadoras y los gremios médicos han sido los actores centrales por excelencia. Dado que la lectura de la crisis del sector por parte de estos actores estuvo concentrada en aspectos financieros – sobre todo desde las IAMC

– siguiendo la lógica mencionada anteriormente, parece lógico que el alineamiento detrás de un proyecto de reforma se produciría a partir de que las mismas percibieran en la propuesta una oportunidad de mejorar sus ingresos.

El resultado de esta situación en el caso uruguayo podría ser el siguiente: todos los actores acordarán la creación de un Seguro Nacional de Salud, pero mientras algunos actores esperan de él que se constituya en la fuente de los recursos financieros necesarios para sobrevivir (las IAMC), otros pueden verlo además como la oportunidad de universalizar la cobertura de atención sanitaria (el gobierno), mientras que un tercer grupo lo interpretará como un primer paso hacia la conformación de un sistema estatal de salud (Federación de Funcionarios de Salud Pública). Perfectamente este podría haber sido el caso de algunos de los acuerdos construidos sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, y si bien las diferentes posturas podrían convivir entre sí, lo cierto es que también cabe la posibilidad de que tarde o temprano estos objetivos entren en conflicto. Es por eso que al momento de determinar el peso de los actores en la reforma, además de observar las medidas que finalmente fueron aprobadas por vía parlamentaria, también se torna necesario prestar especial atención a la secuencia de la implementación de los cambios.

### **IX.3. Gran coalición para pequeños cambios**

255

En relación a la aprobación y posterior implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el primer punto a destacar es que efectivamente el Frente Amplio logró aprovechar la enorme ventana de oportunidad en el sector sanitario que se abrió con su victoria. En líneas generales, se cumplieron todas las condiciones que cualquier manual de una reforma exitosa debería tener (del Pino & Colino, 2006): situación previa de crisis sectorial que había predispuesto al conjunto de actores a un cambio de envergadura; mayoría parlamentaria en ambas cámaras de un partido político fuertemente disciplinado; cercanía programática e ideológica con los principales sindicatos del sector; y una propuesta de reforma elaborada en forma conjunta con buena parte de estos actores, entre otras (Rodríguez Araújo, 2011). En términos de Hassenteufel et al (2010) el caso uruguayo presentó una clara “coalición programática” en el sentido de que los promotores de la misma conformaban un grupo bastante diverso de actores, provenientes de diferentes esferas – políticos, sindicales, académicos – pero que además no necesariamente participaron luego de la implementación de la propuesta elaborada.

Estos actores programáticos identificados por los autores, constituyen un esfuerzo por complementar los análisis institucionalistas más puros en relación a los diferentes procesos de cambio gradual. En cualquiera de las configuraciones presentadas – también reconocen elites programáticas y equipos programáticos – se trata de actores colectivos estructurados en torno a un paradigma de cambio, y no simplemente a un



interés concreto. En cierta forma, estos actores vienen a ser la contracara de los veto players (Hassenteufel et al, 2010).

*“...hay que tratar de explicar un poquito mejor qué es la construcción de un sistema nacional integrado. Me parece que eso es algo bastante radical, pero que además le dio sustento, porque si la propuesta venía por ejemplo del lado de un seguro estatal o del lado contrario de la privatización, ninguno hubiera sido un camino aceptable. Creo que ese consenso se empieza a generar sobre todo en el movimiento de trabajadores, y ahí Olesker tiene un papel por haber sido el asesor en ese momento del PIT-CNT. (...) A esto se le tienen que sumar cosas que van pasando en las convenciones médicas, aunque me parece que los congresos de la central de trabajadores tienen otra densidad, en el sentido de que los productos tienen una elaboración mucho más compleja. Pero es a partir de ahí que se va generando el ambiente reformista en el marco de una propuesta de sistema mixto.”* (Alto funcionario público 3, 2011)

Reforzando esta consideración vinculada a la conformación de la coalición de apoyo de la propuesta de reforma, otro de los entrevistados también reconoció a los principales sindicatos sectoriales como actores muy importantes en la elaboración de la idea de la reforma y el posterior apoyo al nuevo gobierno. Por otra parte, también se destaca, al igual que el entrevistado anteriormente citado, el rol del economista Daniel Olesker – en el primer período Director General de Secretaría y en el segundo gobierno ministro – en el acercamiento entre el Frente Amplio y los sindicatos.

*“... la comisión de programa de la FUS, conjuntamente con los procesos de discusión del SMU, son los que van coagulando la idea de la conformación de un sistema nacional integrado de salud. Pero yo diría que el diseño se completa en la Unidad Temática de Salud integrada por los parlamentarios del Frente vinculados a la Comisión de Salud del Parlamento durante el período 2000-2005 (...) Y ahí queda bosquejada la propuesta. Si uno mira el documento ya se ve la creación del sistema, el modelo de financiamiento, etc. Eso se junta con una contribución que hace a mediados del 2000 Daniel Olesker como el coordinador del Cuesta Duarte para la FUS en el tema del modelo de financiamiento, incorporándose así la mirada de los economistas en política pública; lo que lleva a que ya a mediados del 2002 tuviéramos una propuesta totalmente alineada con lo que después aplicamos.”* (Alto funcionario público 2, 2011)

Muchas veces, la consolidación de una amplia coalición programática como la que promovió el Frente Amplio puede llevar a que algunas de las soluciones propuestas dentro del paradigma de cambio adoptado, no aparezcan estrictamente vinculadas a problemas concretos ya identificados (Hassenteufel et al, 2010). Dentro del sistema uruguayo, este punto podría observarse en el caso de la propuesta de descentralización del principal proveedor público – ASSE – del centro ministerial. Dicho cambio no constituyó una novedad del gobierno del Frente Amplio, sino que ya era una propuesta que se venía promoviendo desde finales de los años ochenta por los diferentes partidos, aunque sin éxito. De cualquier manera, estas propuestas de descentralización no necesariamente se parecían demasiado entre sí (Fuentes, 2010).

Sin embargo, esta idea se fue instalando discursivamente entre la clase política uruguaya y los diferentes actores sociales, casi como una cuestión de sentido común. El correlato de esta situación fue que esta medida finalmente fue adoptada, aunque hasta cierto punto se hizo de forma acrítica, debido a que este cambio en la configuración de la prestación pública no terminó de ser pensada ni discutida en relación a los impactos de tal medida sobre la gestión de esta institución ni sobre la capacidad de conducción política que tendría el gobierno, a través del ministerio, en el nuevo esquema. En este sentido, es pertinente recordar que el Frente Amplio nunca había tenido oportunidad de gobernar, pero además había sido excluido sistemáticamente de los cargos de coparticipación reservados para la oposición. Por lo tanto, no estaba claro cuál era el escenario al que debían enfrentarse.

Los tres altos funcionarios públicos entrevistados manifestaron sus dudas en relación a la conveniencia de haber adoptado esta medida en un momento tan temprano.

*“La descentralización política de ASSE, porque se descentralizó del ministerio. Si, es posible (que el gobierno se haya “atado de manos” con la descentralización). Sería bueno hacerles la pregunta a los actores de la época si no fue un error apurarse con eso. Incluso la descentralización de ASSE se votó antes en el Parlamento que la 18.611, y en los hechos se reescribió totalmente. Eso salió por acuerdo multipartidario, sobre todo con votos colorados. Por eso hubo participación colorada en el directorio designado.”* (Alto funcionario público 3, 2011)

257

De hecho, todavía se encuentran presentes ciertas dudas en el funcionamiento del nuevo esquema que no terminan de quedar claras, como por ejemplo hasta dónde llega la autonomía de gestión de ASSE en relación al control ministerial, en la medida de que es justamente el ministro de salud pública la persona responsable políticamente en el Parlamento por la actuación de la institución prestadora. Estas dudas parecen ser confirmadas por uno de los altos funcionarios públicos entrevistados:

*“Hay todo un tema ahí que es cómo supervisa y coordina el que rinde cuentas al Parlamento que es el MSP. Porque ahí hay un tema de relacionamiento con la ciudadanía: ASSE se relaciona en la ventanilla, pero a nivel político es el ministerio que se relaciona a través del Parlamento.”* (Alto funcionario público 3, 2011)

La coalición mencionada no estuvo compuesta exclusivamente por aquellos actores afines ideológicamente al Frente Amplio. De hecho, en los años previos al triunfo electoral del 2004, diferentes actores entrevistados identificaron una coalición anterior que fue la encargada de elaborar la propuesta electoral del FA en materia de salud. La misma, se encontraba compuesta por los sindicatos de funcionarios no médicos, algunos actores del gremio médico cercanos al FA, y ciertos técnicos especializados en política sanitaria (Sindicalista 1, 2012). Con el inicio del nuevo gobierno en el 2005, la convocatoria al Consejo Consultivo para la implementación del SNIS tuvo como principal objetivo ampliar la base de apoyo existente (Setaro, 2010). La

institucionalización de este espacio, que le abrió la puerta a las empresas del sector, así como también a ciertas asociaciones de la sociedad civil, constituyó la génesis de la propuesta reformista finalmente aprobada, pero al mismo tiempo pudo haber determinado su propio bloqueo a la hora de ser implementada.

*“... el consejo consultivo fue bueno; era un ámbito relativamente transparente donde estaban sentados todos y se veían las caras, y además también existían bilaterales entre el gobierno y los actores centrales. Así se fue generando una práctica de sociabilidad buena porque nosotros íbamos avisando lo que se estaba por hacer y en qué sentido se estaba pensando la reforma, y el resto de actores podía patear e incluso cambiar algunas cosas.”* (Alto funcionario público 3, 2011)

Las razones de esta valoración pueden ser varias, pero fundamentalmente se centran en dos cuestiones: por un lado, el nuevo espacio vino a oficiar como un punto de veto adicional a los ya existentes en el entramado institucional uruguayo, donde los actores con mayor poder de presión podían incidir sobre las decisiones que atentaran contra dicha configuración. Tal es el caso por ejemplo de la incorporación de las empresas prestadoras al directorio de la JUNASA, que como ya se presentó, es la institución encargada de ejercer la regulación del sistema, por ejemplo a partir del seguimiento del cumplimiento o no de las metas asistenciales. La presión de estos actores le permitió, en tanto regulados, participar dentro del órgano regulador. En un contexto de opacidad en relación al funcionamiento de los prestadores – tanto públicos como privados – en relación a la gestión de sus recursos humanos y financieros, puede llevar rápidamente a la captura de esta institución.

258

Este punto nos lleva a la segunda cuestión a destacar: dentro del sistema de salud uruguayo, dada la forma en que el mismo fue configurado, se podría decir que uno de los puntos de veto más importantes se encuentra en la etapa de implementación, porque es en esta instancia en la que varios de los actores con mayores recursos de poder para movilizar – médicos o empresas prestadoras por ejemplo – entran en escena. Esto determina que la gestión de las políticas públicas – y en particular las políticas sanitarias – puede ser utilizada para bloquear los cambios propuestos. De nuevo, sin un regulador fuerte, con las capacidades necesarias en términos de generación y análisis de la información necesaria para tomar decisiones por ejemplo, los principales prestadores podrán bloquear la gran mayoría de los cambios sin pagar demasiados costos.

Un ejemplo de ello es la fijación del primer conjunto de metas asistenciales para la firma del contrato de gestión entre la JUNASA y las diferentes instituciones. A la hora de fijar la línea de base a partir de la cual evaluar el cumplimiento de las metas, el Ministerio le pidió a cada proveedor que determinara su propia línea (Alto funcionario público 1, 2011). Si bien la justificación de esta medida se encontró por el lado de evitar perjudicar la viabilidad de ciertos prestadores, pidiéndole estándares para los cuales se requería demasiada inversión; lo cierto es que algunos terminaron fijando

una línea de base que se encontraba por debajo de los niveles de atención presentados en ese momento. Por lo tanto, los supuestos incentivos a la mejora de la atención y gestión que este instrumento trae asociados, se diluyeron casi por completo.

En este sentido, para ciertos directivos del movimiento sindical, este es un punto sobre el cual el gobierno no ha profundizado lo suficiente:

*“...por ejemplo en el cumplimiento de metas asistenciales no tiene que estar condicionado al estado de la institución o a que cobre o no, esto tendría que ser obligatorio, una política de Estado. Si usted tiene que cumplir la meta 1, lo tiene que hacer, no tener la posibilidad de tan solo no cobrar un dinero. Acá tendría que ser obligatorio porque de esta forma estamos con ciudadanos de clase A y clase B. Y esto se está dando, hay instituciones que optan no cumplir una meta. Si decimos que queremos cambiar el modelo de gestión esto sería un puntal para que el Ministerio de Salud Pública exija a través de sus auditorías el cumplimiento de las metas. Esto es una definición política aprobada en la Junta Nacional de la Salud. La posición de la Federación es que estos temas no pueden discutirse: se tienen que cumplir.”*  
(Sindicalista 2, 2012)

En relación a la implementación de la reforma, el caso uruguayo en cierta forma podría incluirse dentro de los casos de “reforma sin cambio” (Hacker, 2004), aunque probablemente la expresión que mejor describa lo sucedido sea “reforma con algo de cambio”. La razón se encuentra en un hecho que autores como Feder-Bubis y Chinitz (2010) han descrito para el caso israelí, que alude a la convivencia de la aprobación de grandes leyes como la creación de un Sistema Nacional de Salud, con una serie de bloqueos a otros intentos de cambio que a primera vista eran de menor envergadura, como por ejemplo la transformación de los hospitales públicos en *trusts* independientes (Feder-Bubis y Chinitz, 2010).

En un sentido similar, lo ocurrido en Uruguay presenta también ciertas similitudes que vale la pena destacar en relación al tipo de cambios señalados por Sitek sobre las reformas sanitarias en algunos países de Europa del Este luego de la disolución del bloque soviético (Sitek, 2010). Para este autor, el “retorno a Bismarck” observado en las reformas del sector tuvieron como eje prioritario el componente de financiamiento, mientras que en líneas generales los cambios vinculados a la provisión de los servicios de atención fueron bastante marginales.

#### **IX.4. La importancia del estilo de la reforma**

Por otra parte, desde el punto de vista del proceso político-partidario, por supuesto que la mayoría parlamentaria es un factor muy importante, sobre todo cuando el grado de cohesión y disciplina interna del partido de gobierno eran muy fuertes en ese momento; así como también el ya citado acuerdo sobre la necesidad de acometer

cambios en el sistema, a lo que debe agregarse en el caso uruguayo la gran cercanía ideológica y programática entre el gobierno y la central sindical. Pero si bien todos estos factores son muy importantes, y contribuyeron en mayor o menor medida a facilitar la reforma, lo cierto es que existen un par de procesos que destacan del resto: el *timing* de la negociación del SNIS dentro del conjunto de iniciativas de cambio del nuevo gobierno (Pierson, 2004); y la opción de construir la propuesta en una serie de ámbitos institucionales con amplia participación de los diferentes actores involucrados en el sistema, a partir de los Consejos Consultivos para la implementación del SNIS.

En relación al primer punto, el hecho de que la propuesta de reforma se discutiera pública y parlamentariamente casi en paralelo a otras iniciativas de cambio estructural como fueron la creación del IRPF y la implementación del Plan de Emergencia, determinaron que algunos de los puntos más conflictivos de la reforma se procesaran sin tanta visibilidad pública, y que buena parte de la oposición en el Parlamento se viera diluida por el hecho de que las iniciativas mencionadas – fundamentalmente los cambios a nivel impositivo – prácticamente monopolizaron la atención. Este punto parece acercarse a lo que menciona la teoría en relación a la dispersión de puntos de debate, como forma de evitar justamente la concentración de los diferentes actores de veto en un único tema (del Pino & Colino, 2006).

El segundo aspecto mencionado puede ser caracterizado en líneas generales como un “estilo flexible” de reforma (Rodríguez Araujo, 2011). Además de convocar durante el primer año de gobierno al Consejo Consultivo, hecho que por un lado reunió en un mismo ámbito a los diferentes actores sectoriales, pero también forzó de alguna manera a que las posturas e intereses de cada uno se hicieran públicos; la forma elegida para gestionar la reforma incluyó: mantener abiertos una multiplicidad de frentes que forzaran a los actores a desdoblarse, y que iban desde aspectos no negociables a otros puntos que admitían ciertos niveles de ajuste; los diferentes temas trabajados ofrecían una distribución diferente de costos y ganancias, como forma de no sobrecargar a un único actor; todos los conflictos que potencialmente podían activar los puntos de veto fueron postergados; se intentó combinar la utilización de instrumentos técnicos, políticos y económicos (Rodríguez Araujo, 2011).

### **IX.5. ¿Un nuevo Estado en materia sanitaria?**

Un punto divergente, o al menos un matiz, a señalar en relación a ciertos postulados de la teoría es el del vínculo entre la existencia de ciertas ideas predominantes o hegemónicas y la orientación del cambio. En este sentido, históricamente uno de los rasgos característicos de la sociedad uruguaya ha sido su fuerte componente estatista (Caetano & Rilla, 2004) que en el período analizado se vio reforzado además por la llegada al gobierno de un partido de izquierda, con una clara impronta de revalorizar y profundizar el rol del Estado en los diferentes ámbitos de la vida económica y social del

país. Sin embargo, esta concepción ampliamente mayoritaria no logró traducirse en un quiebre de la estructura mixta tradicional del sistema de salud. Incluso la opción de avanzar hacia un sistema estatal perdió claramente en la interna del Frente Amplio.

Entre las diferentes explicaciones o lecturas que se pueden realizar de este hecho, un punto interesante es que necesariamente se debe recurrir a considerar al Estado como un conjunto de múltiples actores, heterogéneos en su funcionamiento, pero también en relación a la valoración que la ciudadanía tiene de ellos. Porque para el caso uruguayo, independientemente de esta noción general de actitudes pro estatistas, en relación a la atención sanitaria – fundamentalmente en Montevideo – prima sobre ellas la mala evaluación que históricamente se ha hecho del funcionamiento y la calidad de servicios ofrecidos por los prestadores públicos, sumado a la connotación negativa en términos de estatus social que implica atenderse en estos centros, debido al tradicional rol residual ya mencionado. Por otra parte, también es necesario retomar lo presentado en capítulos anteriores sobre el hecho de que dicha situación cambia radicalmente en varias regiones del interior del país, donde el prestador público es la referencia a nivel asistencial.

De alguna manera, el fortalecimiento del rol del Estado en el sistema a partir de la actuación del Ministerio de Salud Pública vino a seguir la pauta tradicional de participación del sector público en el sistema: sin consolidarse como una alternativa al sector privado, sino como complemento u ocupando funciones muy específicas como la regulación del conjunto de proveedores.

---

261

Por otra parte, en relación al aprendizaje natural de los diferentes actores – tanto en relación a los diferentes procedimientos existentes como para el vínculo y confianza generada con los actores restantes – un ejemplo bastante claro de esta lógica puede advertirse en relación a las propuestas de cambio en el modelo de gestión del sistema en general. El nuevo rol del MSP al que aspira alcanzar la reforma implica necesariamente una serie de cambios en las formas de relacionamiento del mismo con los diferentes actores, sean tanto privados como también públicos. Como además estos cambios implicarían mayor control del MSP sobre la actividad de las empresas, inevitablemente existirán resistencias a cualquier intento de intromisión a la libertad de empresa.

Pero las reformas en términos de la gestión no sólo se limitan a este punto, sino que además se encuentran vinculados por ejemplo a la ya tantas veces mencionada descentralización de ASSE del control directo del MSP, o la introducción de contratos de gestión entre el MSP y los diferentes prestadores que establecen el cumplimiento de diferentes metas asistenciales como requisito para recibir ciertas partidas presupuestales, en línea con los cambios propuestos desde la Nueva Gestión Pública (Pollitt & Bouckaert, 2011). Por otra parte, también se encuentra presente dentro de la agenda reformista el avance hacia cierto grado de descentralización de los diferentes

hospitales públicos respecto a la conducción política de ASSE, con mayor autonomía de gestión para los directores de dichos centros entre otras medidas.

Este último punto mencionado, si bien aún no parece estar cerca de materializarse, constituye potencialmente un factor muy importante de transformación del subsector público, en la medida que implicará cambiar radicalmente muchas prácticas afianzadas históricamente, o de lo contrario, comenzará a generar cada vez mayores tensiones y conflictos entre el nuevo modelo y el que se quiere sustituir. Debido a todos los aspectos ya revisados, si este cambio logra ser movilizado políticamente constituirá un claro ejemplo de cambio por capas, en la medida en que será colocado sobre la estructura existente (Streeck & Thelen, 2005). El grado en que ambos esquemas logren complementarse, fusionarse o repelerse, dependerá en buena medida de varios factores entre los que se encuentran las posturas adoptadas por los diferentes actores y el liderazgo político entre otros.

Por otra parte, en relación al impacto de los cambios producidos por el SNIS en términos del tipo de sistema de salud existente en Uruguay, si se toma como punto de partida la clasificación de sistemas de salud que realizan Wendt et al (2009) se puede advertir que el sistema de salud uruguayo presentaba antes de la reforma un claro predominio de las organizaciones sociales en la provisión de los servicios, el financiamiento del mismo se encontraba repartido entre las contribuciones directas de las familias – es decir, actores privados – los recursos provenientes de los aportes a la seguridad social, y en menor medida también existía un componente público proveniente de rentas generales; al tiempo que la regulación, aunque escasa, se encontraba legalmente en manos del Estado. En definitiva, desde este punto de vista se podría clasificar a este sistema como uno de carácter mixto, con predominio de los actores sociales.

Al observar el sistema posteriormente a la implementación del SNIS, se puede decir que en términos de provisión se ha reforzado el papel de los prestadores sociales – IAMC – y que en relación al financiamiento, los cambios que se produjeron estuvieron orientados a ir aumentando el peso de las contribuciones provenientes de rentas generales y de la seguridad social, cambiando entonces el componente mayoritario de carácter privado por uno de carácter público. De esta manera, se vieron reducidos fuertemente los aportes directos de las familias. Finalmente, se comenzaron a producir esfuerzos en pos de fortalecer la regulación estatal sobre el conjunto del sistema, determinando que en síntesis, los movimientos no parecen poner en cuestión el carácter mixto con predominio de las organizaciones sociales existente anteriormente. Esto no hace más que reforzar las consideraciones vertidas en párrafos anteriores en relación al alcance de la reforma.

De esta manera, en relación a la agenda actual y futura de la reforma, desde el gobierno se habla de la “segunda etapa de la reforma”, como aquella en la que se

habrían de materializar los cambios más estructurales del sistema. Sin embargo, en vez de pisar el acelerador, el proceso parece haberse trancado, y sin perspectivas claras del rumbo que tomarán posibles avances. Parte del dilema del gobierno es planteado por un dirigente sindical en declaraciones a la prensa:

*“El Gobierno tiene en sus manos la posibilidad de profundizar la reforma y para eso tiene que pisar callos. Y los callos son la corporación médica empresarial, los salarios gerenciales de entre 200 y 600 mil pesos por mes, que en lugares del país se han hecho dueños del departamento.”* (Sindicalista 1, 2012)

Por lo tanto, la sustentabilidad del proyecto original del SNIS se encuentra en un *stand by* del que no aparece un factor claro de recuperación. De nuevo, esta situación parece volver a confirmar el argumento manejado en este trabajo de que el *timing* reformista, priorizando el cambio en el modelo de financiamiento, contribuyó a reforzar el poder de los actores con mayores capacidades para activar los puntos de veto de las transformaciones en la gestión y la atención del sistema. Debido a cuestiones como la recién mencionada, es que el Senador Alfredo Solari – ex Ministro de Salud en la década del noventa – cuestiona la propia existencia de una reforma:

*“Yo creo que es un cambio financiero, no es un cambio de la prestación de servicios. Creo que ese cambio financiero tiene elementos positivos y elementos negativos. El negativo más importante es no haber reducido sustancialmente o eliminado los tickets y las órdenes. La segunda crítica es que no ha modificado sustancialmente la estructura de prestación de servicios. Siguen habiendo listas de espera, números que se dan a las seis de la mañana para servicios que se van a dar dentro de quince días. En términos de eficiencia no solo no se ha avanzado sino que yo creo que se ha perdido porque se inyectó un montón de dinero adicional sobre estructuras que no estaban preparadas para manejarlo, y no hicieron los cambios necesarios para ser consistentes con la nueva situación.”* (Parlamentario 1, 2011).

Presentando en cierta forma una lectura similar, un miembro del sindicato de funcionarios del sector privado (FUS) declaró que:

*“...sólo cambió el modelo de financiamiento, cada uno paga por el FONASA de acuerdo a sus ingresos. Ahora bien las instituciones son financiadas de acuerdo a la edad y el sexo del aportante. Cada rango etario tiene determinada prima. Poblaciones de recién nacidos tienen un costo mayor que un joven de 19 años por dar un ejemplo. Todo esto está financiado y en las empresas ha tenido un impacto favorable. Han ingresado en forma masiva mucha gente y esto no fue acompañado en infraestructura y ni en recursos humanos por parte de las mutualistas.”* (Sindicalista 2, 2012)

Claramente la reforma iniciada por el Frente Amplio es un proceso inacabado, que ha tenido marchas y contramarchas, y cuyo futuro presenta una gran cantidad de incertidumbres.



## IX.6. Consideraciones finales

En líneas generales, el caso del sector sanitario en Uruguay presenta prácticamente todos los factores y conceptos incluidos en la teoría para entender la estabilidad institucional. Sin embargo, como bien reconoce otra gran parte de la literatura revisada y presentada en este trabajo, dichas características no han impedido bajo ningún concepto la realización de cambios, por lo que el congelamiento aludido en varias ocasiones, en realidad es más virtual que efectivo. Esto se debe, como se ha visto en los capítulos anteriores, a que la dependencia de la trayectoria y demás principios como el de rendimientos crecientes han determinado que los cambios efectivamente producidos se hayan atenuado en favor de las estructuras históricamente existentes. Se puede decir que el resultado de estos movimientos hasta el momento, difícilmente pueda ser catalogado de transformación radical, sino que en realidad la situación es la de un intento de adaptación y reconstrucción de la matriz existente.

En definitiva, si bien la nociones de *path dependence*, *increasing returns* y efecto *lock in*, características de los estudios que utilizan al Institucionalismo Histórico, se pueden advertir de forma clara para el caso uruguayo; también es cierto que de igual forma se pudo advertir cómo la victoria del Frente Amplio en la elección del 2004 constituyó una ventana de oportunidad muy importante para la introducción de reformas, no sólo para el caso del sector sanitario. De acuerdo a gran parte de esta literatura, se puede decir que en el caso uruguayo, el nuevo gobierno tenía todas las condiciones externas orientadas favorablemente para la implementación de una reforma de corte estructural. Este punto viene a confirmar que independientemente de la aparición o no de ciertas contingencias, las ventanas de oportunidad se abren mayoritariamente a partir de eventos institucionalizados como las elecciones (Howlett, 2009).

Los esfuerzos políticos en materia de atención sanitaria del primer gobierno del Frente Amplio estuvieron concentrados en la negociación y aprobación de un nuevo sistema de salud: el SNIS. Tanto sus objetivos como sus principales líneas de acción, sumados a la postura reformista del gobierno en su conjunto, podría hacer prever que la misma iba a avanzar hacia una transformación estructural del sistema de salud uruguayo. Dicho proceso puede ser considerado exitoso en una primera instancia, en la medida en que logró promover amplios acuerdos políticos y sociales en un sector caracterizado por su virtual congelamiento y plagado de puntos de veto institucionales. Por lo tanto, en este manejo flexible del proceso político y en la conformación de una coalición programática, se encuentra la respuesta a la primera pregunta planteada al inicio del capítulo.

Sin embargo, en algunas áreas de la reforma dicho éxito estuvo mucho más asentado en términos discursivos que en transformaciones efectivas. De acuerdo a lo presentado en este trabajo, esto se debió fundamentalmente a que la coalición

reformista se fue quebrando rápidamente, a medida que los temas abordados podían amenazar con romper la estructura de poder existente dentro del sistema, caracterizado por amplios márgenes de autonomía de los prestadores privados y una histórica debilidad estatal en la regulación del sector. En buena medida esta primera constatación puede deberse a la forma en que los marcos institucionales existentes permitieron que los principales grupos que potencialmente verían lesionados sus intereses pudieran activar los puntos de veto necesarios. De esta manera, rápidamente se erosionó una coalición reformista que al principio se presentaba como muy amplia y muy potente.

Sin embargo, en relación a la segunda pregunta – tipo de cambios y razones de los mismos – la anterior constatación de ninguna manera puede llevar a sentenciar que el caso del sector sanitario uruguayo es un ejemplo de parálisis o de simple bloqueo a los cambios. La implementación del SNIS sí trajo aparejada diferentes cambios, muchos de esos implementados de forma relativamente exitosa como aquellos vinculados al modelo de financiamiento, pero los mismos colaboraron con la reproducción institucional (Streeck & Thelen, 2005) y recalibramiento (Pierson, 2006) del sistema construido históricamente en el país. Por lo tanto, el estudio de este caso permite advertir que en términos de política sanitaria, el caso uruguayo ofrece elementos para ratificar la utilidad del marco de análisis elegido en casos latinoamericanos, al tiempo que también parece confirmar que buena parte de las conclusiones que la literatura del Institucionalismo Histórico ha producido para contextos de retracción de los esquemas de bienestar, también son válidos para explicar reformas en contextos de ampliación o reconstrucción de Welfare, ajenos a la austeridad permanente.

De manera que más allá de que muchos cambios han impactado más que positivamente en la cobertura y calidad de atención de amplios sectores de la población, lo cierto es que los cambios observados no constituyen avances hacia un cambio de paradigma, sino que por el contrario, los mismos han logrado recalibrar la estructura previamente existente, adaptándola a un nuevo entorno, y que solo en algunas dimensiones muy concretas ha comenzado a avanzar en ciertas transformaciones graduales que pueden derivar en el reemplazo de las instituciones existentes.

En este sentido, los cambios que con mayor facilidad y rapidez han logrado implementarse hasta cierto punto, son aquellos que aportaron soluciones a los problemas más acuciantes del sistema, pero que no implicaron transformaciones de envergadura en relación al sistema anterior. Por el contrario, lo que las autoridades han denominado como la “segunda etapa de la reforma” – avances en los cambios de los modelos de gestión y atención – ha presentado una serie importante de inconvenientes y bloqueos, que en algunos casos han evidenciado el quiebre de la coalición promotora del SNIS.

Esto ha llevado a que algunos socios del gobierno como los sindicatos de funcionarios no médicos se encuentren planteando que la reforma de la salud se encuentra en riesgo de supervivencia, en la medida en que no termina de resolver cuestiones que para los trabajadores son fundamentales como por ejemplo las listas de espera o las grandes diferencias en los precios de los copagos fijados por los diversos prestadores.

El fortalecimiento del modelo anterior que trajo la reforma planteado en este trabajo, permite realizar una serie de cuestionamientos asociados a la viabilidad y sustentabilidad del sistema, como por ejemplo: ¿qué puede pasar con la capacidad de resistencia de la reforma ante cambios en las condiciones que facilitaron su implementación? Por ejemplo: una nueva crisis económica que dispare el número de desempleados, un futuro gobierno del FA sin mayorías o un futuro gobierno sin el FA. Dichos temas, así como también la comparación de este proceso con otros casos regionales, o incluso con otras reformas nacionales en diferentes ámbitos de política pública, serán materia de futuras investigaciones.

Para terminar, queda la pregunta del rumbo de la reestructura de la matriz general de protección social del país. Retomando los planteos de capítulos anteriores, Uruguay construyó a lo largo del siglo XX una estructura de cierto universalismo estratificado, fuertemente corporativa, y por ende, bastante similar al subtipo mediterráneo señalado por la literatura especializada. En materia de salud en cambio, mientras los países mediterráneos fueron construyendo sobre los años ochenta y noventa, sistemas de salud de tipo Beveridge – Sistemas Nacionales de Salud – en Uruguay el sistema se acercó muchísimo más a una estructura de tipo bismarckiana.

Repasando las principales categorías de reforma de las matrices de bienestar teorizadas por Pierson (2006) definitivamente el SNIS no ha incorporado ningún tipo de cambio orientado hacia la remercantilización, pero tampoco parece haber realizado grandes movimientos orientados hacia la desmercantilización como los señalados por Midaglia & Antía (2007). En realidad, la cobertura sigue dependiendo directa o indirectamente – en el caso de los hijos menores a cargo o de los cónyuges – de la pertenencia del individuo al mercado formal de trabajo. Este punto no es de ninguna manera incompatible con el avance en materia de universalización de la cobertura. Pero dicha universalización se encuentra garantizada por la existencia de un sector público que actúa como red de contención para aquellos excluidos del mercado de trabajo.

Por lo tanto, debido a que no existe libertad de elección de prestador por parte de este último segmento de la población, los prestadores privados sin fines de lucro no tienen la necesidad de realizar intentos de descreme socioeconómico, en la medida en que el prestador público se reserva la atención de la cartera de usuarios menos atractiva. Por otra parte, el incremento masivo de usuarios de los diferentes prestadores mutuales

ha derivado que aquellas personas con mayor poder adquisitivo se vean incentivadas a abandonar las IAMC y afiliarse a los seguros privados.

Los incentivos a la salida para estas personas vienen tanto por el lado del deterioro de la calidad de asistencia de su prestador, como también desde las ventajas al cambio que la reforma le brindó al permitirle – como se vio en el capítulo anterior – llevarse su cápita al seguro privado, y por lo tanto atenuando el incremento de costos asociados. En definitiva, de la dualización del sistema anterior a la reforma, se corre el riesgo de fragmentar aún más al mismo, potenciando así las diferencias de clase: un sector público pobre para pobres, un sector privado sin fines de lucro de mejor calidad para los trabajadores formales – clases medias bajas – y un sector privado de alta calidad, cada vez con más usuarios de clase media-altas.

En este sentido, de lo presentado a lo largo de todo el trabajo la constatación que surge es la siguiente: si bien discursivamente, e incluso en algunos sectores formalmente, la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud tuvo como objetivo acercarse a la construcción de un sistema de tipo Beveridge, la implementación de la política ha determinado hasta el momento que se esté produciendo un recalibramiento que parece tener como objetivo el fortalecimiento de ciertos componentes bismarckianos. De esta manera, la tarea parece estar orientada a potenciar e incrementar el rendimiento de esta configuración, por ejemplo a partir de la universalización de la cobertura con una lógica de aseguramiento y no de derechos. Por lo tanto, en relación al rumbo del modelo de bienestar a partir del sistema sanitario, la conclusión es que a la histórica matriz conservadora uruguaya aún le resta una larga vida.

## CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como orientación principal, realizar algunos aportes en relación a las discusiones que la literatura especializada ha venido dando, tanto sobre los procesos de cambio institucional como los vinculados a cambios en las políticas públicas. Para esto, se tomó como caso un área de política pública muy compleja como la salud, en un país de renta media en vías de desarrollo como Uruguay, que a pesar de poseer ciertas características comparables con otros casos, claramente no es de los más estudiados en la literatura comparada. Un punto a destacar en el enfoque adoptado, es que explícitamente se pretendió estudiar las transformaciones del sistema de salud uruguayo en el marco de los procesos de reforma de los regímenes de bienestar contemporáneos. Uno de los puntos salientes de la revisión de literatura realizada fue que muchas veces los procesos vinculados a la atención sanitaria son tratados de forma endógena, con escasas interacciones con cuestiones similares a otros sectores vinculados a la provisión de bienestar.

Fue a partir de estas motivaciones que la sucesión de capítulos pretendió ir aportando los diferentes elementos que permitieran determinar qué tipo de cambio institucional había implicado la aprobación parlamentaria y posterior implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, durante el primer gobierno de un partido de izquierda en la historia del país. ¿Hasta qué punto esta ventana de oportunidad iba a ser aprovechada para reformar un sistema con múltiples puntos de veto? ¿Cómo se comportarían los actores restantes en relación a una intención de reforzar el rol del Estado en el sistema?

En relación al marco analítico, el mismo refleja el nudo crítico sobre el cual esta tesis pretende contribuir: la dificultad de la literatura más tradicional del neoinstitucionalismo para explicar aquellos cambios que no provienen de grandes rupturas con el escenario existente – coyunturas críticas – sino que por el contrario, se van produciendo de forma gradual, generando las condiciones necesarias para la transformación institucional. Si se separa analíticamente el proceso de reforma estudiado en este trabajo, se puede observar cómo la elaboración de la propuesta y su posterior aprobación a nivel parlamentario se ajustan bastante bien a la noción de ventana de oportunidad presente en los trabajos más clásicos de esta corriente (Kingdon, 1995; Collier & Collier, 1991).

Sin embargo, ese mismo proceso, junto al inicio de la implementación de la reforma, fue aportando evidencia de que la orientación de la misma estaba bastante más lejos de implicar un cambio de paradigma de lo que originalmente se podría haber previsto. Es a partir de esta constatación que cobran mayor relevancia las categorías de análisis y conceptos presentados en relación a los tipos de cambio institucional gradual (Mahoney & Thelen, 2010; Streeck & Thelen, 2005). En este punto, las consideraciones

realizadas no pretendieron ser concluyentes debido fundamentalmente al hecho de que estos procesos se encuentran actualmente en curso, por lo que todavía pueden reorientarse las tendencias presentadas.

A la hora de presentar el contexto en el cual se produjo la propuesta de creación del SNIS en Uruguay, la revisión de los estudios vinculados a los regímenes de bienestar – su construcción, crisis y reforma – permitió fundamentalmente incorporar diferentes elementos político-institucionales que han contribuido a explicar tanto los condicionantes que están detrás del éxito o fracaso de los intentos de reforma (del Pino & Colino, 2006) como el reconocimiento de que las configuraciones preexistentes al cambio van a condicionar la orientación del mismo, evitando de alguna manera las tendencias hegemónicas que presionan por la adopción de políticas convergentes (Pierson, 2006).

Fue a partir de estos planteos que se pudo demostrar que la economía política de la reforma llevada adelante por el Frente Amplio cumplió con todos los requisitos vinculados por ejemplo a la amplitud de la coalición reformista, la cercanía con los sindicatos sectoriales, una mayoría parlamentaria disciplinada, entre otras. Como contrapartida, esta misma gestión exitosa de la primera etapa es uno de los principales factores que pueden explicar los límites de la segunda etapa – implementación – de la reforma.

Esta reforma se dio además en un contexto como el latinoamericano, donde en líneas generales las matrices de bienestar aquí desarrolladas han tenido como principales características un rasgo fuertemente corporativo que permeó el proceso de incorporación de nuevos colectivos sociales al público beneficiario de las diferentes prestaciones, junto al componente fuertemente bismarckiano de los esquemas de protección vía aseguramiento, fueron consolidando una estructura de prestaciones segmentada, en la cual el Estado se limitó en la mayoría de los casos a la adopción de un rol residual, garante en el mejor de los casos de la cobertura de aquellos *outsiders* del mercado formal de trabajo. Pero quizás el principal rasgo compartido por la gran mayoría de los países de la región sea el gran peso del sector informal en la economía, que no ha hecho más que acentuar los problemas de los esquemas corporativos de provisión de bienestar (Barrientos, 2004).

Sin embargo, la gran heterogeneidad de los casos es otro componente que no se puede dejar de tener en cuenta, y es por eso que cobran relevancia los diferentes intentos por construir tipos de regímenes de bienestar en la región. De los repasados en este trabajo, seguramente la clasificación sugerida por Fernando Filgueira (2007) sea la que más herramientas aporta al análisis. Esta tipología coloca a Uruguay junto a Argentina, Chile y Costa Rica entre los países con regímenes de Universalismo Estratificado. Estos países, serán los de mayor cobertura – tanto vertical como

horizontal – y por lo tanto serán también aquellos con mayores similitudes a los casos más desarrollados de regímenes corporativos y/o mediterráneos.

A su vez, este proceso presentó en Uruguay la particularidad de haberse producido en un Estado fuertemente permeado por el accionar de los partidos políticos, lo que termina agregando también un importante riesgo de utilización clientelar de los recursos públicos. Por otra parte, el hecho de que la construcción institucional del Estado uruguayo se haya realizado en función de las correlaciones de fuerza y recursos de poder de los dos partidos principales durante la primera mitad del siglo XX, determinó un sistema de múltiples puntos de veto al interior del aparato estatal, que al mismo tiempo que incentivaba la búsqueda de soluciones consensuadas y/o negociadas, como contrapartida cerraba un número importante de espacios a partir de los cuales se podían promover diferentes reformas.

Al considerar el conjunto de instituciones y recursos humanos, políticos y administrativos que conforman al Estado uruguayo – al igual que cualquier otro Estado en el mundo – es obvio que el Estado que se encontró el Frente Amplio no era el mismo que existía en estas etapas previas. Por el contrario, Uruguay no estuvo exento a las diferentes oleadas reformistas en materia de administración pública, aunque el impacto de las mismas terminó siendo mayor en el plano discursivo que en el funcionamiento real del mismo. Sin embargo, esto no significa que en el sistema político no se presenten visiones contrapuestas en relación al rol que debería jugar el Estado en la estrategia de desarrollo del país, o respecto a la forma de organización y funcionamiento hacia los cuales el mismo debería orientarse. Es por eso que en un marco que podría caracterizarse como posburocrático, se presentaron las diferentes corrientes o modelos de Administración Pública que aparecen como alternativas actualmente.

Dichos modelos no son neutros ideológicamente, pero además, la aplicación de uno u otro, o el grado en que los cambios van a lograr permear a las estructuras del aparato burocrático existente, dependerá en gran medida del marco institucional existente y de los recursos de poder que la burocracia haya logrado consolidar en las etapas previas (Pollitt & Bouckaert, 2011). El predominio de un modelo sobre otro se materializa en el campo de los instrumentos específicos de la gestión cotidiana. En este sentido, si bien el contexto se caracteriza por un predominio cuasi hegemónico de las corrientes gerencialistas, lo cierto es que muchos de los instrumentos pueden reforzar o no esta orientación, dependiendo de la forma en que los mismos sean implementados. Por ejemplo, la introducción de metas de gestión o el pago por resultados promoverá o no una lógica de competencia entre los proveedores, dependiendo de las condiciones en las que se plantee la evaluación de las metas y su forma de pago, entre otras cuestiones. Por eso, el problema de la gestión es un problema político y no meramente técnico.

Siguiendo los trabajos de Wendt (2009) y Wendt et al (2009) al momento de concentrarse específicamente en los sistemas de salud, se pudo identificar aquellas dimensiones centrales a la hora de caracterizar a los diferentes sistemas de salud – básicamente el financiamiento, la provisión y la regulación – pero también fue de gran utilidad el esfuerzo de estos autores por determinar el alcance de los cambios en relación a un pasaje de un tipo de sistema a otro. Particularmente para el contexto latinoamericano, a partir de autores como Fleury (2001) o Londoño y Frenck (1995) fueron identificados los principales problemas existentes a nivel de atención sanitaria en la región – baja cobertura, inequidad en la utilización de los servicios, fragmentación institucional entre otros – y las diferentes oleadas de reforma en las últimas décadas. Este último punto colaboró a contextualizar la propuesta de reforma del Frente Amplio en un escenario de tercera ola de reformas, en el cual, con particularidades inherentes al caso, la propuesta del SNIS presenta clara sintonía (Barba, 2011).

Finalmente, se reconstruyó el proceso de conformación del sistema de salud en Uruguay que recibió el Frente Amplio en el año 2005, en línea con la perspectiva de institucionalismo histórico adoptada inicialmente. Allí se puede observar cómo el patrón inicial compuesto por prestadores privados sin fines de lucro prestando la mayoría de los servicios y un Estado que se incorporó tardíamente a las funciones de regulación del sistema, continuó reforzándose a lo largo del siglo XX, constriñendo así las alternativas de reforma y bloqueando al mismo tiempo las propuestas de cambio más radical. En este sentido, las diferentes propuestas de reforma del sistema de salud uruguayo presentadas, sobre todo a partir de la construcción de seguros nacionales, y el continuo naufragio a nivel parlamentario de todas ellas, ilustraron claramente dónde se ubicaba uno de los principales puntos de veto del sistema.

Además, la presentación de la evolución del sistema en los últimos años del siglo XX e inicios del XXI contribuyó por un lado a identificar los principales problemas identificados por los diferentes actores involucrados, y al mismo tiempo observar cuáles eran los alineamientos que podrían llegar a producirse en relación a una propuesta reformista de gran calado. En definitiva, dicho capítulo aportó la revelación de cómo se fueron conformando todas aquellas condiciones necesarias para el éxito de una reforma reseñadas anteriormente. Sin el armado de la historia del caso – el peso del mutualismo, la debilidad estructural del ministerio, la situación de crisis generalizada – seguramente sería mucho más difícil comprender por qué la propuesta de gobierno del Frente Amplio fue la que fue, y por qué en la negociación con los diferentes actores sectoriales el resultado terminó siendo el que finalmente fue.

En definitiva, el análisis de la creación, aprobación y posterior implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, durante el primer gobierno del Frente Amplio, permite advertir que existen patrones de comportamiento adoptados



por los diferentes actores que se encuentran fuertemente mediados o condicionados por los arreglos de política negociados previamente. Este peso de la historia determina que las opciones de reforma se vean limitadas en función de la misma, y que para poder romper dicho círculo será necesario generar amplios consensos y coaliciones reformistas que respalden los cambios. Estos hallazgos parecen estar en sintonía con los trabajos referentes en la materia como el de Immergut (1992a; 1992b) o el de Steinmo & Watts (1995) en relación justamente a el peso del marco político-institucional previo como factor clave para entender la distribución de los recursos de poder entre los diferentes actores y la activación o no de los puntos de veto existentes.

Sin embargo, la gestión de una coalición de esa magnitud, donde intervienen actores con intereses y recursos de poder muy disímiles, pondrá en cuestión la viabilidad del alcance que podrán tener los cambios planteados. Esto fue lo que ocurrió en el caso presentado en este trabajo. Por otra parte, un punto a destacar es que en el contexto actual, caracterizado por una interacción cada vez mayor entre actores públicos y privados – con y sin fines de lucro – en las diferentes etapas de cualquier política pública, los análisis necesariamente deben prestar especial atención a las dinámicas históricas de negociación e intercambio entre los actores públicos y privados, como condición necesaria para comprender las instancias de cambio político e institucional.

## BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

Adelantado, J. & Scherer, E. (2008) *“Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina”* en Estado, Gobierno y Gestión Pública. Revista Chilena de Administración Pública, Nº 11, págs 117-134.

Alonso, G. (1999) *“Las regulaciones del sistema de salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional.”* Documento Nº 41, Serie III Políticas Públicas. Instituto Nacional de la Administración Pública, Buenos Aires.

Andersen, T. & Molander, P. (2003) Alternatives for welfare policy. Reconciling policy goals with demographic change and internationalization. Cambridge University Press. Cambridge.

Anisi, D. (1989) *“La posibilidad actual de un nuevo pacto keynesiano”* en Muñoz del Bustillo: Crisis y futuro del Estado de Bienestar. Alianza Universidad. Madrid.

Antía, F. (2008) *“Gobiernos de izquierda y reforma social en Chile y Uruguay a inicios del Siglo XXI”*. Tesis de Maestría en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.

Antón Pérez, J.; Carrera Troyano, M.; Muñoz del Bustillo, R. & Rodrigues-Silveira, R. (2009) *“Pobreza y desigualdad en América Latina. Del crecimiento a las transferencias condicionadas de renta”* en Revista CIDOB d'Afers Internacionals, Nº 85-86, págs 157-183.

Arellano, D. (2007) *“Una cuestión de confianza. Retos e instrumentos para una reforma del Estado en América Latina”* en Nueva Sociedad, Nº 210, ISSN 0251-3552.

Argyriades, D. (2010) *“From Bureaucracy to debureaucratization?”* en Public Organization Review, Vol. 10, págs. 275-297.

Arim, R. (2009) *“Programas sociales y transferencias de ingresos en Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión”*. CEPAL, Serie Políticas Sociales Nº 146. Santiago de Chile.

Ballart, X. & Monterde, L. (2010) *“Indicadors de rendiment en la gestió de la salut a Catalunya”*. Escola d'Administració Pública de Catalunya. Barcelona. Disponible en: [http://www.xavierballart.com/publicacions/018\\_EAPC%20Indicadors%20de%20Rendiment%20Gestio%20de%20la%20Salut%20a%20Catalunya.pdf](http://www.xavierballart.com/publicacions/018_EAPC%20Indicadors%20de%20Rendiment%20Gestio%20de%20la%20Salut%20a%20Catalunya.pdf)

Ballart, X. & Villamayor, S. (2009) *“Testing Bureaucrats' Blood: perceptions of civil servants with regard their power to act in various institutional settings”*. Paper

presentado para la décima conferencia de la Public Management Research Association. Columbus, Ohio.

Ballart, X. (2008a) *"The study of Public Management in Spain"*, en Walter Kickert (ed.): *The Study of Public Management in Europe and the US. A Competitive Analysis of National Distinctiveness*. Routledge, Nueva York.

Ballart, X. (2008b) *"A new model of primary health care in Catalonia"*, en Marc Smyrl et al: *Elites, Ideas and the Evolution of Public Policy*. Palgrave, Londres.

Bambra, C. (2005) *"Cash versus services: "Worlds of Welfare" and the decommodification of cash benefits and Health Care services"* en *Journal of Social Policy*, Nº 34, Vol. 2, págs 195-213.

Banco Mundial (1993) *Investing in Health*. Washington DC.

Barba, C. (2011) *"La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas de tercera generación en México y Chile"*. Presentación en Grupo de Trabajo CLACSO sobre Pobreza y Exclusión Social.

Barr, N. (1987) *The economics of the Welfare State*. Weidenfeld and Nicolson, Londres.

Barrientos, A. & Santibáñez, C. (2009) *"New forms of social assistance and the evolution of social protection in Latin America"* en *Journal of Latin American Studies*, Nº 41, págs 1-26.

Barrientos, A. (2004) *"Latin America: a liberal-informal welfare regime?"* en Gough & Wood (Eds.): *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America* Cambridge University Press. Cambridge.

Bastías, G. & Valdivia, G. (2007) *"Reforma de salud en Chile: el Plan Auge o régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución"* disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>

Becerril, V.; Medina, G. & Aquino, R. (2011) *"Sistema de Salud de Brasil"* en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 53, Suplemento 2.

Bennett, A. & George, A. (1997) *"Process tracing in case study research"* en MacArthur Foundation Workshop on case study methods, desarrollado entre el 17 y el 19 de Octubre del 2007.

Bérgolo, M. et al (2010) *"Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud"* en Ministerio de Salud Pública: *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo.

Biersteker, T. (1990) *"Reducing the role of the State in the economy: a conceptual exploration of IMF and World Bank prescriptions"* en *International studies quarterly* (34), 477-492.

Borgia, F. (2008) "Health in Uruguay: progress and challenges in the rights to health care three years after the first progressive government". *Social Medicine*, Vol. 3, Nº 2.

Bowornwathana, B. & Poocharoen, O. (2010) *"Bureaucratic politics and administrative reform: why politics matters"* en *Public Organization Review*.

Brugué, Q. (2006) *"Modernizar la administración desde la izquierda: burocracia, nueva gestión pública y administración deliberativa"* en *Reforma y Democracia*, Nº 29. CLAD, Caracas.

Bucheli, G. & Harriett, S. (2011) *La Seguridad Social en Uruguay. Miradas desde la historia política*. República AFAP-ICP. Montevideo.

Buglioli, M. et al (2010) *"El pago de los Servicios de Salud por parte del SNS"* en Ministerio de Salud Pública: Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo.

Caetano, G. & Rilla, J. (2004) *"Los partidos políticos uruguayos en el Siglo XX"* en ICP: El Uruguay del Siglo XX. La política. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

Castiglioni, R. (2005) *"The politics of social policy change in Chile and Uruguay. Retrenchment versus maintenance, 1973-1998"*. Routledge.

Celedón, C. y C. Oyarzo (1998) *"Los desafíos en la salud"* en Cortázar, R. & Vial, J. (Eds.): Construyendo opciones: propuestas económicas y sociales para el cambio de siglo. Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica (CIEPLAN)/ Dolmen Ediciones. Santiago de Chile. Disponible en: [http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/38/Capitulo\\_2\\_P2.pdf](http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/38/Capitulo_2_P2.pdf)

Centre for European Policy Studies (2008) *Is social europe fit for globalisation?* En: [http://www.ibm.com/ibm/governmentalprograms/pdf/simglobe\\_fin\\_rep\\_en.pdf](http://www.ibm.com/ibm/governmentalprograms/pdf/simglobe_fin_rep_en.pdf)

CEPAL (2007) *Panorama Social de América Latina*. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl>

Clavell, E. & Rodríguez Araujo, M. (2010). "La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates." En *MSP: Transformar el Futuro*. Montevideo.

Christensen, T. (2002) *New Public Management: the transformation of ideas and practices*. Ashgate.

Collier, R. & Collier, D. (1991). *"Critical Junctures and historical legacies"* en Collier & Collier: Shaping the political arena: critical junctures, the Labor movement and regime dynamics in Latin America. Princeton University Press, Princeton.

Deeg, R. (2005). *"Change from within: German and Italian finance in the 1990s"* en Streeck & Thelen (eds.) Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies. Oxford University Press, Nueva York.

del Pino, E. & Colino, C. (2006) *"¿Cómo y por qué se reforman los Estados de Bienestar? Avances y retos teóricos y metodológicos en la agenda de investigación actual"* en Zona Abierta (114/115), 1-42.

del Pino, E. (2004) *"Debates sobre la reforma del Estado de Bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones"*. Documento de trabajo Nº 04-03. CSIC. Madrid.

Del Valle, A. (2009) *"Los estudios sobre regímenes de bienestar en América Latina"* en Revista A-MÉRICA, Vol. 2, Nº 3.

Della Porta, D. & Keating, M. (2008) Approaches and methodologies in the Social Sciences. A pluralist perspective. Cambridge University Press. Cambridge.

Demmke, C. (2010) "Civil Services in the EU of 27 – Reform outcomes and the future of the civil service". Artículo disponible en: [http://aei.pitt.edu/29755/1/20101022095936\\_Eipascope\\_2010\\_2\\_Article1.pdf](http://aei.pitt.edu/29755/1/20101022095936_Eipascope_2010_2_Article1.pdf)

División Economía de la Salud (2006) Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay. Informe final. Montevideo.

Domínguez, M. & Soares, I. (2007) *"An Analysis of Equity in Brazilian Health System Financing"* en Health Affairs, Vol. 26, Nº 4: 1017-1028.

Esping Andersen, G. (1999) Social foundations of postindustrial economies. Oxford University Press. Oxford.

Esping Andersen, G. (1996) Welfare States in transition: social security in a global economy. Sage.

Esping-Andersen, G. (1990) The three worlds of Welfare Capitalism. Polity Press.

Esping Andersen, G. & Palier, B. (2010) Los tres grandes retos del Estado de Bienestar. Ariel. Barcelona.

Evans, P. (1996) *"El Estado como problema y como solución"* en Revista de Ciencias Sociales, Nº 140.

Evans, P., Rueschemeyer, D. & Skocpol, T. (1985) Bringing the State back in. Cambridge University Press.

Farazmand, A. (2010) *"Bureaucracy and Democracy: a theoretical analysis"* en Public Organization Review, Vol. 10, págs. 245-258.

Falleti, T. (2009) *"Infiltrating the State. The evolution of health care reforms in Brazil, 1964-1988"* en Mahoney, J. & Thelen, K. Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power. Cambridge.

Falleti, T. (2006) *"Theory-Guided Process-Tracing in comparative politics: Something Old, Something New"* en Newsletter of the Organized Section in Comparative Politics of the APSA, Volume 17, Issue 1, 9-14.

Farfán Mendoza, G. (2007). *"El nuevo Institucionalismo Histórico y las políticas sociales"* en Revista Polis, Vol. 3, Nº 1, págs. 87-124.

Feder-Bubis, P. & Chinitz, D. (2010) *"Punctuated Equilibrium and Path Dependency: the Israeli Case and Implications for Theory"* en Journal of Health, Politics, Policy and Law, Vol. 35, Nº 4, págs. 595-614.

Fernández Galeano, M. (2010) *"Asignación y distribución de recursos para la protección social en salud: la experiencia de Uruguay"*. Presentación realizada en la I Conferencia internacional de aseguramiento universal en salud, realizada los días 11 y 12 de Noviembre en Lima, Perú.

Fernández Pasarín, A. M. (2006) *"El neoinstitucionalismo como instrumento de análisis del proceso de integración europea"* en Cuadernos de Trabajo Nº 46, Instituto de Estudios Europeos. Universidad Autónoma de Barcelona.

Ferrera, M. (2005) Welfare State reform in Southern Europe. Fighting poverty and social exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece. Routledge. Londres.

Ferrera, M. (1995) *"Los Estados de Bienestar en el sur de Europa"* en Sarasa, S. & Moreno, L. (Comps): El Estado de Bienestar en la Europa del Sur. Colección Politeya, CSIC. Madrid.

Filgueira, F. (2007) *"Nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada"*. Documento de Trabajo, Serie Políticas Sociales N°135. CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Filgueira, F.; Garcé, A.; Ramos, C. & Yaffé, J. (2004) *"Los dos ciclos del Estado uruguayo en el Siglo XX"* en ICP: El Uruguay del Siglo XX. La política. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

Fleury, S. (2001) *"¿Universal, Dual o Plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina"*. En Molina, C. y Núñez del Arco, J. (eds.): Servicios de salud en América Latina y Asia. BID, Washington DC.

Flyvbjerg, B. (2006) *"Five misunderstandings about case-study research"* en *Qualitative Inquiry*, Vol. 12, N° 2, págs. 219-245.

Freire, J.M. (2006) *"El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones"*. Disponible <http://www.ugt.es/claridad/numero7/freire.pdf>

Freire, J. M. (2003) *"La atención primaria de salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud"*. Seminario "Estado de Bienestar en España" organizado por la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

Frente Amplio (2004) *"La transición responsable"*. Programa de gobierno para las elecciones de Octubre del 2004.

Frente Amplio (1998) *Grandes líneas programáticas y propuestas de gobierno*. III Congreso extraordinario "Alfredo Zitarrosa", Montevideo.

Fuentes, G. & Setaro, M. (2011) *"Segunda etapa de la reforma de la salud. Primeros pasos en la Administración Mujica"* en ICP: Política en tiempos de Mujica. En busca del rumbo. Estuario Editora, Montevideo.

Fuentes, G. (2010) *"El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible"* en *Revista Uruguay de Ciencia Política*, Vol. 19, N° 1, págs. 119-142.

278

Fuentes, G., Güemes, M<sup>a</sup> C., Isaza, C. (2009) *"Modernizar y democratizar la Administración Pública. Una mirada desde la realidad latinoamericana"* en *Revista Enfoques*, Vol. VII, N° 11.

Garrido, R. M. (1999). *"Consideraciones teóricas sobre la intervención del sector público en sanidad y su articulación real en España: una reflexión sobre las cuestiones distributivas"*. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

Gilardi, F. (2010) *"Who learns from what in policy diffusion processes?"* en *American Journal of Political Science*, Vol. 54, N° 3, págs. 650-666.

Glennerster, H. (2007) *"Funding 21st century Welfare States"* en Espina, A.: *Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea*. Siglo XXI. Madrid.

Gough, I. & Wood, G. (2004) *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America* Cambridge University Press. Cambridge.

Grimmeisen, S. & Rothgang, H. (2004) *"The changing role of the State in Europe's Health Care Systems"*. Paper presentado en la Segunda Conferencia Annual de ESPAnet, Oxford.

Güemes, M<sup>a</sup> C. & Fuentes, G. (2010) *"A cada cual lo propio. La priorización de lógicas privatistas y responsabilidades individuales en la provisión de bienestar social"*. Ponencia presentada en el II Congreso Anual de REPEC. Madrid.

Hacker, J. (2005) *"Policy drift: the hidden politics of US Welfare State retrenchment"* en Wolfgang Streeck y Katleen Thelen: *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press, Nueva York.

Hacker, J. (2004) *"Privatizing risk without privatizing the Welfare State: the hidden politics of social policy retrenchment in the United States"* en *American Political Science Review*, Vol. 98, N<sup>o</sup>2.

Haggard, S. & Kaufman, R. (2008) *Development, Democracy and Welfare States*. Latin America, East Asia and Eastern Europe. Princeton University Press. New Jersey.

Häkkinen, U. & Lehto, J. (2005) *"Reform, change, and continuity in Finnish Health Care"* en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, N<sup>o</sup> 1-2, págs. 79-96.

Hall, P. (1986). *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. Oxford University Press, Nueva York.

Hall, P. & Taylor, R. (1996). *"Political Science and the three New Institutionalisms"*. MPIFG Discussion Paper 96/6. ISSN 0944-2073, Köln.

Hall, P. (1990) *"Policy Paradigms, Social Learning and the State: the case of economic policy-making in Britain"* Working paper 1990/4.

279

Harriett, S. (2011) *"Los inicios: actores privados y públicos en la construcción de la seguridad social en el Siglo XIX"* en Bucheli, G. & Harriett, S. (Coord.): *La Seguridad Social en Uruguay. Miradas desde la historia política*. República AFAP-ICP. Montevideo.

Hassenteufel, P.; Smyrl, M.; Genieys, W.; Moreno-Fuentes, F. (2010) *"Programmatic actors and the transformation of European Health Care States"* en *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, Vol. 35, N<sup>o</sup> 4, págs. 517-538.

Häusermann, S. (2010) *The politics of Welfare State reform in Continental Europe. Modernization in hard times*. Cambridge University Press. Cambridge.

Hernández Álvarez, M. (2005) *"Las políticas de salud e inclusión social"* Disponible en [www.sisov.mpd.gob.ve/estudios/167/VI.pdf](http://www.sisov.mpd.gob.ve/estudios/167/VI.pdf)

Homedes, N. & Ugalde, A. (2005) *"Why neoliberal health reforms have failed in Latin America"* En *Health Policy* N<sup>o</sup> 71, pp. 83-96.

Howlett, M. (2009). *"Process sequencing policy dynamics: beyond Homeostasis and Path Dependency"* en *Journal of Public Policy*, Vol. 29, N<sup>o</sup> 3, págs. 241-262.



Immergut, E. (1992a) *Health Politics. Interests and institutions in Western Europe*. University Press. Cambridge.

Immergut, E. (1992b) *"The rules of the game: the logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden"* en Steinmo, S.; Thelen, K. & Longstreth, F. (Eds.): *Historical Institutionalism in comparative analysis*. Cambridge University Press. Cambridge.

Infante, A.; de la Mata, I. & López-Acuña, D. (2000) *"Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias"* en *Revista Panamericana de la Salud*, Vol. 8 (1/2).

Isuani, A. (1991) *"Bismarck o Keynes ¿quién es el culpable?: notas sobre la crisis de acumulación"* en Isuani, A. y otros: *El Estado Benefactor: crisis de un paradigma*. CIEPP/Miño Dávila. Buenos Aires.

Jessop, R. (2008). *El futuro del Estado Capitalista*. Los libros de la Catarata, Madrid.

Jessop, R. (2006) *"The State and state-building"* en Rhodes, Binder & Rockman (eds.) *The Oxford Handbook of Political Institutions*. Oxford University Press, Oxford.

Kasza, G. (2002) *"The illusion of Welfare Regimes"* en *Journal of Social Policy*, Vol. 31, Nº2, 271-287.

Kay, A. (2007) *"Tense layering and synthetic policy paradigms: the politics of health insurance in Australia"* en *Australian Journal of Political Science*, Vol. 42, Nº 4, págs. 579-591.

Kay, A. (2006) *The dynamics of Public Policy. Theory and evidence*. Edward Elgar. Cheltenham.

Kettl, D. (2006) *"Public Bureaucracies"* en Rhodes, Binder & Rockman (eds.) *The Oxford Handbook of Political Institutions*. Oxford University Press, Oxford.

Kingdon, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Harper Collins, New York.

Korpi, W. & Palme, J. (1998) *"The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare State institutions, inequality and poverty in the Western countries"* en *American Sociological Review*, Vol. 63, Nº 10.

Koster, E. (2011) *"De la centralización a la nueva descentralización: del sistema de previsión estatal y la expansión de las prestaciones (1934-1967)"* en Bucheli, G. & Harriett, S. (Coord.): *La Seguridad Social en Uruguay. Miradas desde la historia política*. República AFAP-ICP. Montevideo.

Krasner, S. D. (1984). *"Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics"* en *Comparative Politics*, 16(2), 223-246.

Kruse, H. (1994) *Los orígenes del Mutualismo uruguayo*. Ediciones Populares para América Latina, Montevideo.

Laking, R. (2005) "*Agencies: their benefits and risks*" en OECD Journal on Budgeting, Vol. 4, N° 4.

Lanzaro, J. (2003) "*Fundamentos de la democracia pluralista y estructura política del Estado en Uruguay*" en Revista Uruguaya de Ciencia Política, N° 14.

Lloyd Sherlock, P. (2009) "*Social policy and inequality in Latin America: a review of recent trends*" en Social Policy and Administration, Vol. 43, N° 4, págs 347-363.

Londoño, J. & Frenk, J. (1995) "*Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*" Documento de Trabajo 353, BID.

López Casanovas, G. et al (2003) Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Colección Estudios Económicos N° 31. La Caixa, Barcelona.

Lynn, L. (2008) "*What is a Neo-weberian State? Reflections on a concept and its implications*" disponible en [http://fsv.cuni.cz/ISS-50-version1-080227\\_TED1\\_Lynn\\_Whats\\_neoweberian\\_state.pdf](http://fsv.cuni.cz/ISS-50-version1-080227_TED1_Lynn_Whats_neoweberian_state.pdf)

Maceira, D. (2007) "*Actores y reformas en salud en América Latina*" en Nota técnica de saúde N°1/2007. BID.

Mahoney, J. & Thelen, K. (2010) Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power. Cambridge University Press. Cambridge.

Mann, M. (2006) "*El poder autónomo del Estado: sus orígenes, mecanismos y resultados*" en Revista Académica de Relaciones Internacionales, N° 5. ISSN 1699-3950. Universidad Autónoma de México, DF.

Martínez Franzoni, J. (2007) "*Regímenes de Bienestar en América Latina. ¿Cuáles son y cómo son?*" Documento de Trabajo N° 11. Fundación Carolina. Madrid.

Mesa Lago, C. (2008) Reassembling Social Security. A survey of Pensions and Health Care reforms in Latin America. Oxford University Press.

Mesa Lago, C. (2004) "*Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina*" en Revista de la CEPAL, N° 84.

Midaglia, C. & Silveira, M. (2011) "*Políticas Sociales para enfrentar los desafíos de la cohesión social: los nuevos programas de Transferencias Condicionadas de Renta en Uruguay*" en Barba & Cohen (comps.): Perspectivas críticas sobre la cohesión social. Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina. CLACSO-CROP, Buenos Aires.

Midaglia, C.; Castillo, M. & Fuentes, G. (2010) "*El significado político de los ministerios sociales en Argentina, Chile y Uruguay*" en Estado, Gobierno, Gestión Pública. Revista Chilena de Administración Pública, N° 15-16.

Midaglia, C. (2010) *“Entre la tradición, la modernización ingenua y los intentos de refundar la casa: la reforma social en el Uruguay de las últimas tres décadas”* en Barba, C. (Coord.): Retos para la integración social de los pobres en América Latina. CLACSO, Buenos Aires.

Midaglia, C. & Castillo, M. (2010) *“El significado político del Ministerio de Desarrollo Social”* En Mancebo, M.E. y Narbondo, P. (Coordinadores) Reforma del Estado y políticas públicas en la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos. Fin de Siglo. Montevideo.

Midaglia, C. & Antía, F. (2007) *“La Izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?”* en Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 16, N° 1, págs. 131-157.

Milanesi, A. (2010) *“Managing for outcomes in Uruguay. Experiences and lessons from New Zealand”*. Tesis de Maestría en Políticas Públicas, Universidad de Wellington, Nueva Zelanda.

Ministerio de Salud Pública (2010). Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional de Salud. Montevideo.

Ministerio de Salud Pública (2009) La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009). MSP-Banco Mundial, Montevideo.

Mishra, R. (1989) *“El Estado de Bienestar después de la crisis: los años 80 y más allá”* en Muñoz del Bustillo: Crisis y futuro del Estado de Bienestar. Alianza Universidad. Barcelona.

Moe, T. (1998) *“La teoría positiva de la burocracia pública”* en Saiegh, S. y M. Tommasi (comps.) La nueva economía política: racionalidad e instituciones. Eudeba, Buenos Aires.

Moraes, J. A. & Filgueira, F. (1998) *“Political environments, sector specific configurations and strategic devices: understanding institutional reform in Uruguay”*. Working Paper series R-351, BID, Washington DC.

Moran, M. (2000) *“Understanding the Welfare State: the case of the health care”* en British Journal of Politics and International Relations, Vol. 2, N° 2, 135-160.

Moreira, C. & Setaro, M. (2002) *“Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay”* en Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000). Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

Moreno, L. (2007) *“Europa social, bienestar en España y la “malla de seguridad””* en Espina, A.: Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea. Siglo XXI. Madrid.

Moreno, L.; Matsaganis, M.; Ferrera, M. & Capucha, L. (2003) *“¿Existe una “malla de seguridad” en la Europa del Sur?”*. Documento de Trabajo 03-17, Unidad de Políticas Comparadas, CSIC. Madrid.

Mouffe, C. (2005) *En torno a lo político*. Fondo de Cultura Económica. Madrid.

Munk, P. & Baggesen, M. (2010) *“Behind the veil of vagueness: success and failure in institutional reforms”* en *Journal of Public Policy*, Vol. 30, Nº 2, págs. 183-200.

Muñoz del Bustillo, R. (2000) *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Alianza ensayo. Barcelona.

Muñoz del Bustillo, R. (1989) *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*. Alianza Universidad. Barcelona.

Narbondo, P. (2003) *“Nuevo Paradigma de la Gestión Pública: ¿transformación técnica o transformación política del Estado?”* en Ramos, C. (Ed.) *La reconstrucción gerencial del Estado*. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

Narbondo, P. & Ramos, C. (2002) *“La reforma de la Administración Central en el segundo gobierno de Sanguinetti: realizaciones y déficit de un enfoque gerencialista”* en Mancebo, Narbondo & Ramos (eds.): *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

Navarro, V. (2002) *Bienestar insuficiente, Democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país*. Anagrama. Madrid.

283

Nohrstedt, D. & Weible, C. (2010) *“The logic of policy change after crisis: proximity and subsystem interaction”* en *Risk, Hazards and crisis in public policy*, Vol. 1, Nº 2.

Offe, C. (1988) *Partidos Políticos y nuevos movimientos sociales*. Editorial Sistema, Madrid.

Ongaro, E. (2009) *Public Management reform and modernization. Trajectories of administrative change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain*. Edward Elgar Publishing, Massachusetts.

Organización Mundial de la Salud (2000) *Informe sobre la salud en el mundo*. Disponible en <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>

Palier, B. & Martin, C. (2008) *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*

Palier, B. & Martin, C. (2008) *“From a “frozen landscape” to structural reforms: the sequential transformation of Bismarckian Welfare Systems”* en Palier & Martin (Eds.): *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*. Blackwell Publishing. Oxford.

Panizza, F. (2005) *“The social democratisation of the Latin American Left”* en *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe* (79), 95-103.

Papadópulos, J. & Zurbriggen, C. (2007) *“El Estado: reformas, incidencia, estructuras, dinámicas”* en Arocena & Caetano (coord.) Uruguay: Agenda 2020. Taurus, Montevideo.

Papadópulos, J. (1992) *“Seguridad social y política en el Uruguay: orígenes, evolución y mediación de intereses en la restauración democrática”*. CIESU, Montevideo.

Partido Colorado (2004) *“La Revolución del Centro”*. Programa de gobierno para las elecciones de Octubre del 2004.

Partido Nacional (2004) *“Bases programáticas para un gobierno de compromiso nacional”*. Programa de gobierno de Alianza Nacional, sector mayoritario del Partido Nacional, para las elecciones de Octubre del 2004.

Pavolini, E., & Ranci, C. (2008) *“Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries”* en Journal of European Social Policy (18), 246-259.

Peiró, S., & García-Altés, A. (2008) *“Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivo.”* en Gaceta Sanitaria (22), 143-155.

Pellegrino, I. (2011) *“Hacia una nueva centralización: la creación del BPS en 1967”* en Bucheli, G. & Harriett, S. (Coord.): La Seguridad Social en Uruguay. Miradas desde la historia política. República AFAP-ICP. Montevideo.

Peters, G. (2006) *“Democracia y Administración Pública: la conexión emergente”* en Revista Administración y Ciudadanía, Nº 1, Vol. 1. Galicia.

Peters, G. (2003). El nuevo institucionalismo. Teoría institucional en Ciencia Política. Gedisa Editorial, Barcelona.

Peters, G. (2002) *“De cambio en cambio: patrones de continuidad en la reforma administrativa”* en Revista Reforma y Democracia, Nº24. CLAD, Caracas.

Peters, G. (2001) The politics of Bureucracy (Fifth Edition). Routledge, Londres.

Peters, G. & Pierre, J. (2004) Politicization of the Civil Service in comparative perspective. The quest for control. Routledge, Londres.

Pérez, M. (2009) *“La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay”*. Tesis de grado de la Licenciatura en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo.

Pierson, P. & Skocpol, T. (2008) *“El Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política contemporánea”* en Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 17, Nº1, págs. 7-38.

Pierson, P. (2006) *“Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del Estado de Bienestar en las democracias desarrolladas”*. Zona Abierta (114/115), pp. 43-119.

Pierson, P. (2001) *The new politics of the Welfare State*. Oxford University Press. Oxford.

Pierson, P. (2000). *"Increasing returns, path dependence and the study of politics"* en *The American Political Science Review*, Vol. 94, Nº 2, págs. 251-267.

Pierson, P. (1994) *Dismantling the Welfare State?* Cambridge University Press. Cambridge.

Piotti, D. (2002) *"La reforma del Estado y el sistema de salud"* en: *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

Piotti, D. (1998a) *"Historia de la salud en el Uruguay (1830-1995)"*. Producto final del proyecto: *La perspectiva histórica de la reforma sanitaria en Uruguay*. OPS-ICP/FCS, Montevideo.

Piotti, D. (1998b) *"La dimensión centralización-descentralización y el proceso de reforma en el sistema de salud en el Uruguay (1985-1995)"*. Documento de Trabajo Nº6, Instituto de Ciencia Política, Montevideo.

Pollitt, C. (2009) *"Bureaucracies remember, post-bureaucratic organizations forget?"* en *Public Administration*, Vol.87, Nº 2, págs. 198-218.

Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011) *Public Management Reform. A comparative analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State* (Third edition). Oxford University Press.

---

285

Pollitt, C. et al (2005) *Agencies. How governments do things through semi-autonomous organizations*. Palgrave Macmillan, Nueva York.

Ramió, C. (2001) *"Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional"* en *Revista Reforma y Democracia*, Nº 21. CLAD, Caracas.

Ramos, C. (2009) *Radiografía del cambio de paradigma en la Administración Pública*. Instituto de Ciencia Política, Montevideo.

Reibling, N. (2010) *"Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access"* en *Journal of European Social Policy*, Vol. 20, Nº 5, 5-18.

Repetto, F. (2010) *"Protección Social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos"* en *Revista Reforma y Democracia*, Nº 47. CLAD. Caracas.

Repetto, F. & Andrenacci, L. (2006) *"Universalismo, Ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana"*. Mimeo. INDES. Washington D.C.

Repetto, F. (2004) *"Capacidad Estatal. Requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina"* en INDES, Serie Documentos de Trabajo I-52, Washington.

Riesco, M. (2009) *“Latin America: a new developmental Welfare State model in the making?”* en International Journal of Social Welfare, Vol.18, págs 22-36.

Rodríguez Araujo, M. (2011) *“Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud”*. Tesis de grado. Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo.

Rodríguez Araujo, M. & Toledo, A. (2010) *“La construcción del pilar normativo del SNIS: su proceso político”*. En MSP: Transformar el Futuro. Montevideo.

Rodríguez Cabrero, G. (2002) *“Economía política de la sociedad de consumo y el Estado de Bienestar”* en Política y Sociedad, Vol. 39, Nº 1, págs 7-25.

Rose, R. (1984) El gran gobierno. Fondo de Cultura Económica.

Sánchez de Dios, M. (2008). *“Comparación de Path Dependence del Estado de Bienestar en los casos de Estados Unidos, Suecia y España”* disponible en [http://mepa-fiiapp.org/uploads/documentos/20081212\\_131225\\_revista\\_cienziapolitica\\_el\\_salvador\\_2.pdf](http://mepa-fiiapp.org/uploads/documentos/20081212_131225_revista_cienziapolitica_el_salvador_2.pdf)

Sáz-Carranza, A. (2006) *“Managing interorganizational networks: leadership, paradox, and power. Cases from the U.S immigration sector”*. Tesis de Doctorado, Universidad Ramón Llull. Barcelona.

Schick, A. (2002) *“Agencies in search of principles”* en OECD Journal on Budgeting, Vol. 2, Nº 1.

---

286

Schwartz, H. (2001) *“Round up the usual suspects! Globalization, domestic politics and Welfare State change”* en Pierson: The new politics of Welfare State. Oxford University Press. Oxford.

Sempol, D. (2011) *“Las primeras tres décadas del Siglo XX. Entre la dádiva y el derecho”* en Bucheli, G. & Harriett, S. (Coord.): La Seguridad Social en Uruguay. Miradas desde la historia política. República AFAP-ICP. Montevideo.

Setaro, M. (2010). *“La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance”*. En Mancebo, M.E. y Narbondo, P. (Coordinadores) Reforma del Estado y políticas públicas en la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos. Fin de Siglo. Montevideo.

Setaro, M. (2009) *“Balance antes de la campaña electoral: los primeros pasos del Estado rector en salud”* en ICP, Encrucijada 2010. La política uruguaya a prueba. Informe de coyuntura Nº9. Fin de Siglo, Montevideo.

Setaro, M. (2004) *“Vigilar y cuidar el bien común. El rol de rectoría de los sistemas de salud desde una perspectiva comparativa”*. Tesis de Maestría en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo.

Sindicato Médico del Uruguay (2002) *"El sector salud. 75 años de un mismo diagnóstico"*. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turenne/index.html>

Sitek, M. (2010) *"The new institutionalist approaches to Health Care reform: lessons from reform experiences in Central Europe"* en Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, Nº 4, págs. 569-593.

Skocpol, T. & Amenta, E. (1986) *"States and social policies"* en Annual review of Sociology, Vol. 12, 131-157.

Sojo, A. (2007) *"La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales"* en Revista de la CEPAL, Nº 91.

Sojo, A. (2000) *"Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica"* en Serie Políticas Sociales Nº 39, CEPAL, Santiago de Chile.

Steinmo, S. (2010) The evolution of the modern States. Sweden, Japan and the United States. Cambridge University Press. Cambridge.

Steinmo, S. (2008) *"What is Historical Institutionalism?"* en Della Porta & Keating (eds.): Approaches in the social science. Cambridge University Press, Cambridge.

Steinmo, S. (2001). *"Institutionalism"* en Polsby (ed.) International Encyclopedia of the social and behavioral sciences. Elsevier Science.

287

Steinmo, S. & Watts, J. (1995). *"It's the Institutions, Stupid!: Why the United States Can't Pass Comprehensive National Health Insurance"* en Journal of Health Politics Policy and Law. Vol. 20, No. 2, págs. 329-372.

Streeck, W. & Thelen, K. (2005) Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies. Oxford University Press, Nueva York.

Swank, D. (2002) Global capital, political institutions, and policy change in developed Welfare States. Cambridge University Press. Cambridge.

Thelen, K. & Steinmo, S. (1992). *"Historical institutionalism in comparative politics"* en Steinmo, Thelen & Longstreth: Historical institutionalism in comparative politics: State, society, and economy. Cambridge University Press, Nueva York.

Therborn, G. (1989) *"Los retos del Estado de Bienestar: la contrarrevolución que fracasa, las causas de su enfermedad y la economía política de las presiones del cambio"* en Muñoz del Bustillo: Crisis y futuro del Estado de Bienestar. Alianza Universidad. Barcelona.

Tobar, F. (2006) *"Universalismo Básico en salud"*. Documento del Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay (CIESU). Disponible en <http://www.ciesu.org.uy/universalismo/tobar.pdf>



Trampusch, C. (2010) *“The Welfare State and trade unions in Switzerland: an historical reconstruction of the shift from a liberal to a post-liberal welfare regime”* en Journal of European Social Policy, Vol. 20, Nº 1, págs. 58-73.

Tsebelis, G. (2006) Jugadores con veto. Cómo funcionan las instituciones políticas. Fondo de Cultura Económica, México DF.

Vennesson, P. (2008) *“Case studies and process tracing: theories and practices”* en Della Porta & Keating (Eds.): Approaches and methodologies in the Social Sciences. A pluralist perspective. Cambridge University Press. Cambridge.

Weber, M. (1944) Economía y Sociedad. Fondo de Cultura Económica, DF, México.

Wendt, C. (2009) *“Mapping european healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare”* en Journal of European Social Policy, Vol. 19, págs. 432-445.

Wendt, C.; Frisina, L. & Rothgang, H. (2009) *“Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”* en Social Policy and Administration, Vol. 43, Nº 1, 70-90.

Weyland, K. (2006) Bounded rationality and policy diffusion. Social Sector reform in Latin America. Princeton University Press, New Jersey.

Worsham, J. & Gatrell, J. (2005) *“Multiple Principals, Multiple Signals: A Signaling Approach to Principal-Agent Relations”* en The Policy Studies Journal, Vol. 33, No. 3.

Yaffé, J. (2005) Al centro y adentro. La renovación de la izquierda y el triunfo del Frente Amplio en Uruguay. Linardi y Risso, Montevideo.

Ziller, J. (2003) *“The Continental system of administrative legality”* en Peters, G. Pierre, J. (eds.) Handbook of Public Administration. SAGE Publications, Londres.

## DESCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

- ✓ 4 altos cargos públicos pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, ASSE y JUNASA.
- ✓ 3 académicos especializados en políticas de salud o en gestión pública.
- ✓ 2 parlamentarios de derecha.
- ✓ 2 ex ministros de Salud.
- ✓ 2 sindicalistas.

Nota: debido a que algunas de las entrevistas previstas originalmente no pudieron ser realizadas, los distintos perfiles, posturas y en algunos casos opiniones de otros actores relevantes se consiguieron a partir del relevamiento de declaraciones de prensa y de las actas parlamentarias en las cuales se discutieron las principales leyes presentadas aquí.

## ANEXO 1 – Resumen en inglés

A central problem in political science during the last thirty years has been the analysis of the foundations and ways in which different configurations of welfare regimes and Nations have been evolving and transforming. Although from the point of view of discourse, the most recent decades have shown the hegemony of neoliberal doctrine, both politically and economically, the fact is that, in particular, different studies (Esping-Andersen, 1990; Evans, 1996; Pierson, 2001; Swank, 2002) have proven that, despite this convergence on the problems that Nations must deal with, individual responses by different countries are still substantially discordant between them.

This PhD thesis makes an analysis of the creation and implementation of the Integrated National Health System (SNIS for its acronym in Spanish) in Uruguay, during the first two periods in office of a left -wing party in this country's history: the Frente Amplio (2005-2012). This analysis is framed in the theoretical tradition named Historical Institutionalism (Collier & Collier, 1991; Hacker, 2005; Immergut, 1992a; Pierson, 2000; Thelen & Steinmo, 1992, among others), with the intention of contributing to this approach, either by introducing a case which is not considered in international literature, or because the thesis puts some of the main theoretical principles related to the institutional change to the test.

Nevertheless, most European and American studies related to this issue have focused on explaining how institutions resist and block reform efforts aimed to cutbacks and to the dismantling of traditional welfare policies. However, the new century has brought to middle income countries with high human development within the Latin American context, where there exist highly institutionalized welfare regimes as Uruguay, a trend towards the strengthening and expansion of different policies related to the welfare of the society in general, as well as the assistance of, particularly, people with lower resources. This new scenario raises the question of how welfare institutions change in a context of expansion instead of one of dismantling. Are the categories developed by the specialized literature viable within the new context?

The victory of the Frente Amplio, with an absolute majority in the Legislative Branch, combined with a context of a serious economic and social crisis in the country in general– and of the health sector in particular– generated the possibility of an opportunity to promote deep or radical changes in the existing political and institutional structures (Kingdon, 1995). However, the path of this work shows how, despite the reform suggested by the Frente Amplio seemed to be oriented towards the transformation of a health system with clear Bismarckian signs within the model of a system of national health, the importance of the institutional legacies and the activation of systemic veto points have determined that, so far, the NHIS can be

considered a clear case of recalibration/measurement of the Uruguayan welfare matrix.

In relation to the welfare matrix in Uruguay, this reform suggested a series of deep changes in a very important area of policies for the architecture of social protection as health care can be, but, also, these changes were aligned with other sectorial reforms raised by the Frente Amplio's government in its first term of office— social development and labor relations for instance —, which, together, seemed an attempt to transform the matrix of welfare from, according to Esping Andersen (1990), a conservative type of regime to an universalist and decommercialized system, with all the implications that a shift of this type brings on supportive coalitions, resistance, blockades, level of service coverage, ways of financing and of intervention of the State's power, among others.

In this way, the main question that this research will attempt to answer is: **Has the building of the SNIS in Uruguay actually meant a substantive change in the country's welfare matrix?** The approach to this question was primarily aimed to the response to two subsidiary questions. Firstly, at a general, theoretical level: **How are health services provided in developing, middle income countries with corporate welfare regimes?** The achievement of an answer to this question will, among other things, determine the context in which these processes are to be framed: existing power structures, problems and blockades faced by new policies, and, in particular, how the provision of health services has evolved, both in developing countries and highly industrialized regions.

---

290

Secondly, the following questions, specifically related to the health reform that took place in Uruguay, arise: **What were the conditions that favored the adoption and subsequent implementation of a health reform in Uruguay?** And finally, **how was this implementation established?** In this case, the suggestion that lies behind is that, despite that Frente Amplio's government had the necessary parliamentary majority to pass the reform proposal without negotiating with other agents, the Government's approach was to build a highly supported proposal, which determined that, while the project was supported by a broad coalition, such support also implied the reorientation of the initial proposal on some very important issues.

It is worth noting that the acceptance of the SNIS by the Parliament has generated, in the Uruguayan context, a political event of utmost importance, because – as shown throughout the thesis – the history of the health care system in Uruguay is full of enormous challenges necessary to incorporate changes and reforms, to the point that it could be said that this reform is the first major reform happening within a democratic context, though various attempts to introduce substantive changes throughout the last century have taken place. Therefore, this social policy sector can be characterized as one of strong resistance to changes. That is why progress in this

paper necessarily implied returning to the historical processes of construction and development of the health care sector in Uruguay, paying special attention to the structures and/or power coalitions that were built in the process, identifying winners and losers as a way to understand the future existing incentives for institutional change at the current juncture.

As of the theoretical and methodological perspective of this research, the same will focus on different political science approaches related to institutional changes, and, in this way, according to Kay (2006), every political process is considered a complex system which includes various political and institutional processes developed simultaneously and at different speeds. In this regard, it was decided to attempt for the transformations in contemporary welfare regimes, and in particular, for changes in the Uruguayan health care system from a dynamic perspective of change, with special emphasis on the transitoriness and historical sequence of analyzed processes. Thus, the analysis was framed within historical institutionalism, since it offers a number of tools that contribute to the analytical understanding of institutional settings and the behavior of agents involved in the reform process.

Within the health care sector and its reforms specifically, the perspective taken is that the main explanatory factors for these differences along the way must be sought in the existing institutions in each case, but especially in the processes that were to allow the building of these institutions, as it is in the initial shaping of the institutional framework that the facilities and/or obstacles to the implementation or not of a given reform can be found, while this knowledge can help to identify which are those aspects that will help or not a given reform.

---

291

Therefore, the research consisted of a case study that took as unit of analysis the health care reform implemented in Uruguay from 2007 by the first Frente Amplio's term of office.

### **Why Health Care in Uruguay?**

The preference for the study of the evolution of health policy issues is based, among other factors, on the inherent complexity of a sector that is very sensitive to social reproduction, marked by high technical complexity and linked to the presence of strong and major corporate, political and economic interests. The coverage and care for health problems in a context like this, with great uncertainties regarding people's livelihood, in a historical context that is paradoxically characterized by remarkable increases in life expectancy at birth, appears as a key element of governments' performance –disregarding, at this point, the options chosen to intervene. However, this alleged consensus does not prevent answers or suggestions on how to take that responsibility to entail significant levels of conflict and struggle of interests that are often contradictory one from another.

Moreover, the choice of Uruguay as case study is due, among other things, to the fact that this country has the particularity within Latin America – along with Argentina, Chile and Costa Rica, for example – of having built a welfare system that not only shares with its regional peers some fundamental characteristics such as informality, and mainly the same stratification, but that is also pioneer in the insertion of many more traditional welfare policies such as social security, even long before several industrialized European countries were. Therefore, it is assumed that the knowledge provided by some of the experiences of the Uruguayan case can contribute to the debate on welfare regimes, either exclusively for the Latin American context, or as for international interaction between middle-income peers. In short: Uruguay appears as a highly comparable case for future researches.

Another reason for choosing Uruguay as an object of study is the historical particularity generated by the access to government by a center-left-winged party (Frente Amplio) for the first time in its history, in 2005. This fact, boosted by its permanence in office for a second term in 2010, among other things, allows testing different ideological approaches on the issue of welfare, helping to confirm or reject one of the main variables developed by literature to explain the consolidation of welfare policies: the existence of left- parties within governments or coalition governments.

Within a context that guaranteed the need of a reform of the health care system as a political priority, the following factors may be briefly mentioned: access to services was not general, and those left out from the system were, precisely, the most vulnerable groups of the population: children, adolescents, women who are not included in the formal labor market, and the elderly. Moreover, there was a widely spread diagnosis of the important gaps in infrastructure, of expenses at a user level and of compensations of human resources between the public and private subsystem, in favor of the latter.

With regard to services, they had regressive impacts on the high prices of copayments and attention rates, problems with long waiting lists for medical experts and a general approach to centered care in hospitals instead of primary care and prevention. Finally, the confluence of these factors, combined with the power and autonomy of the medical unions in the demand for better wages, determined, by 2002, during the economic and financial crisis, almost the entire mutual system to enter a critical situation of bankruptcy, determining also in the election campaign of 2004, the certainty that "something should be done" in the health sector.

Therefore, the set of peculiarities of the Uruguayan case in terms of capacity of the Frente Amplio's government to approve its reform initiatives – an absolute majority in both chambers of the legislature branch, plus the broad political and social consensus regarding the need for a series of deep structural reforms – can be a good "laboratory" where to investigate if these conditions are sufficient to defeat the blockades or

difficulties that may appear at social, labor and political levels; but, mainly, the ability of the new government to create an alternative in the path of the country after more than a century of history in health policy.

### **Theoretical approaches adopted**

Just like Skocpol & Amenta (1986), it is considered that detailed historical studies on one or few cases allow observing how the causes that explain the different social policies are configured. At first, it is assumed that this is, indeed, a historical situation characterized by the expansion of welfare services, at least in Latin America, and more precisely in the Southern Cone, to later determine which the main characteristics of this process, regarding the different models of health care delivery and the type of welfare structures and social protection, are.

Thus, the dependent variable is the change adopted for the health policy in Uruguay. Explicitly, this research aims to work within the area of institutional change. The main motivation for this option is to contribute on the knowledge of a particular matter that has formed the core of the criticism of neo-institutionalist studies: the difficulty to deal and explain the processes of institutional change (Steinmo, 2008). For this reason, is that the work will take into account, particularly, a series of studies that have raised different perspectives of analysis that will allow to avoid the difficulty of approaches, as Historical Institutionalism could be, in order to transcend "undynamic" visions of different political and institutional processes (Hall, 1990; Mahoney & Thelen, 2009; Steinmo, 2008; Streeck & Thelen, 2005 among others).

---

293

Therefore, starting from the principles of Historical Institutionalism introduced in the thesis, the primary idea is that any policy can be analyzed in terms of historical continuity, in the sense that each of them – for example health policy – can be conceptualized as a set of sub processes that develop different rhythms and levels (Kay, 2006). These changes should not necessarily follow an incremental logic; neither make the adoption of radical changes of direction in policies impossible (Pierson, 2001).

In particular, the focus of this research will be on the so called “gradual changes” (Streeck & Thelen, 2005) and secondary changes (Hall, 1990) in terms of adjustments of welfare policies that are associated with processes of recalibration (Pierson, 2006); essentially because such changes are often the most subtle to discern, which, *a priori*, seems to be harmless in their effects, but, on the contrary, are the determinants of the dynamic change of most public/state institutions.

### **Methodology**

In sum, the case to be analyzed is the health care sector in Uruguay between 2005 and 2012. Within the range of existing case studies, the Uruguayan case was addressed

from an interpretive approach, since most of its motivations are related to the verification of existing theories of institutional change, or, alternatively, to the contribution of refinements of these theories, such as the Latin American contextualization of them.

The approach to this case study had the aim of developing its analysis from a narrative structured policy (Steinmo, 2010; Kay, 2006) that essentially shares a good number of features of the method called Process Tracing (Falleti, 2006; Bennett & George, 1997). This type of analysis, taking the instruments provided by historical institutionalism as a start, aims to discover how the observed results are related among each other and possible causes that led to these results. Thus, the focus is not only set on what happened, but most especially on how things happened (Ballart, 2008b; Vennesson, 2008). Case studies taken from this approach are considered an "evolving system", and their results are rarely associated with variables that work independently and predictably. These studies assume the existence of complex causalities. Moreover: *"Rather than predict the future, the goal of evolutionary scientists is to understand the forces and dynamics that have shaped the world as we know it."* (Steinmo, 2010)

With regard to the data used for the analysis, it came primarily from secondary sources – such as previous research, legislation related to health reforms, statistical data from various sources, the press review of the reporting period and so on –, although the study was reinforced by a series of interviews to various agents related to the management of the institutions analyzed, as well as to various political actors. The main objective of these interviews, which were semi-structured, was to strengthen and clarify, as much as possible, the various processes discussed later. 13 interviews were made, in which the main intention was to provide some specific views or positions related to the reform, but also to their vision of the history of the system and its crisis. In relation to the political process of the reform, and in the review of the different legislative initiatives throughout the twentieth century, the review of various records of Uruguayan Parliament's sessions was of great help, since these records operated as functional equivalents in some interviews that could not be performed.

### **Content of the thesis**

In order to fulfill the points established so far, the research was structured as follows: **Chapter II** develops the theoretical framework that guides the paper with the main objective of presenting descriptively the set of concepts provided by Historical Institutionalism. It also aims to develop various issues associated with one of the weaknesses of this approach: institutional change. Thus, after reviewing the main characteristics, scope and limitations of this approach, we went through some researches that used the same strategy, and justified the reason for analyzing health care policy reforms from this perspective, investigating on the existence of works on health which have adopted the same view.

In this approach, contextual issues are prioritized in order to deal with the political processes analyzed. Although a same agent - for example medical corporations - may have the same interests and power and pressure abilities over time and in different countries, the chances of success in the exercise of their veto capacities will primarily depend on whether existing institutional arrangements allow or not such action (Immergut, 1992b). In short, the incentives and possibilities of veto proposals, or conversely, to promote certain changes, will be conditioned, according to this approach, by the existing institutional framework. The idea then is that there are conditions external to various factors that determine, for example, the possibility of an issue to be or not in the political agenda and to influence the positions these actors take on such issue.

Beyond the effects institutions have on the political activity, the institutional change concerns this approach. In this sense, one of the main models to explain institutional change is "punctuated equilibrium", which posits that institutions usually go through periods of great stability, until punctual periods of crisis appear. These crises mean exogenous transformations to institutions, but they enable changes in them generated by power struggles and conflicts that arise from the new situation (Krasner, 1984). The problem with this model is that "... Institutions explain everything until they explain nothing. Institutions are an independent variable and explain political outcomes in periods of stability, but when they break down, they become the dependent variable ... "(Thelen & Steinmo, 1992).

295

---

To complement this, the concept of *path dependence* would refer to the existence of resistance to change of certain institutions. "... We cannot understand the significance of a particular social variable without understanding" how it got there "- the path it took." (Pierson, 2000) It is essential to recognize the sequence in which decisions were taken on specific institutional settings: the timing in which events trigger is key to understand the results of any political process.

Being stability and institutional resistance the core of Historical Institutionalism, the same is very useful in cases of blockade or reaction to political and institutional changes. However, the results are not the same when the model is used to try to explain or understand the phenomena associated with institutional change. In the punctuated equilibrium model, there is a very clear distinction between the moments of institutional innovation, determined by the existence of certain critical junctures, and those of institutional reproduction, where changes that can be produced are only adjustments that have aimed the survival of the institution (Streeck & Thelen, 2005). Despite this, there are changes that are incremental and can also lead to a discontinuity of the existing path (Streeck & Thelen, 2005).

For example, those who must apply the rules (e.g.: public bureaucracies) and who are subject to them, often disagree with them and try to change them by changing their



implementation or directly by ignoring them. Ultimately, the agents responsible for ensuring the correct implementation of the rules cannot always fulfill their task, preventing deviant behavior from them. This perspective results in more dynamic institutions. This process can occur in different ways, which are summarized in the following four types of gradual institutional change:

*Displacement* can occur when new organizational models are imposed, putting into question existing practices, or when political changes interfere in the balance of power between different actors.

*Layering* rests on the assumption that there are spaces rather resistant to change, which is why some actors with reforming intentions have learned how to be immersed in these structures, creating new structures around the existing ones.

*Drift*. Because institutional stability is not a natural process, it is achieved through continuous adjustments or recalibration, in order to cope with changes in the political and/or economic institutions in which they are inserted. When this does not happen, there are lags between the formal objectives of policies or institutions and the reality they must face, being thus generated the drift of such policies and institutions. (Policy Drift).

In *Conversion*, institutions never reach the levels of deterioration of the above. What happens is a redirection of objectives or functions either by changes in the environment that lead to a redirection of resources, or because of changes happening in the power relations between the actors involved or the entry of new agents.

From the previous review, a number of principles, statements and tools that provided substantive elements for the rest of this research synthetically arise. The first aspect is the need for the analysis to identify the existing veto points in the political arena to study. These points are generally institutional, and may or may not be used by different actors, depending on their capacity to generate the necessary resources. Thus, when presenting the case of health reform in Uruguay, one of the first tasks will be to characterize the existing institutional framework, considering, among other things, the identification of these points of veto together with a characterization of what the different actors involved in the system gain or lose.

Another point considered in the rest of this work is the importance of ideas as promoters of institutional change for the study of matters associated to such changes. Establishing a reformist logic, as well as importing international or regional experiences is, especially in a region like Latin America, a factor which must be considered as of remarkable impact on the capacities of promoters of imposing any reform in a political way. In this sense, there is the need to explore different reform processes in the region, which preceded the construction of the Integrated National Health System and

provide elements that inform to what extent such processes are aligned with the reform processed in Uruguay.

In relation to the advantages and disadvantages of the approaches presented, the intention of the analysis was to use more traditional instruments of Historical Institutionalism as well as those concepts and types of gradual institutional change, understanding that despite the nuances, they both share the same core. Thus, we can say, for example, that a factor to be taken particularly into account when presenting a health care reform is the timing or sequence of changes. As exposed hereinafter, the consideration of how the main policies of the first Frente Amplio's government were inserted— firstly, the tax reform with the establishment of the income tax and the implementation of a “Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social” (PANES) previous to SNIS –had a direct impact on important issues, such as how to finance the new system. Moreover, from the point of view of the historical construction of the Uruguayan health care system, the concepts of *increasing returns* will be used to see how the centrality of the mutual health care sector or of nonprofit private organizations was built up throughout the twentieth century.

Finally, in the pursue of answers to the questions posed at the beginning of this work in relation to the entity of change produced by the first Frente Amplio's government, the intention was to determine which of the notions hereby presented as an opportunity or *path dependence*, help to explain the health care reform, or, otherwise, to what extent these changes are more gradual than radical, or mean more adjustments than structural changes.

---

297

In **Chapter III**, we worked on one of the pillars that underpin this work: welfare regimes. Thus, special emphasis was given on the conditions that promoted the emergence of such social protection schemes, the different configuration types identified by literature, the crisis in the alliance between Keynesianism and welfare policies from the seventies of last century, and the current stage of restructuring, adjustment and transformation of these in different contexts. In this regard, particular attention was given to the type of corporate or conservative welfare scheme, because they constitute the model on which was built the array of social welfare in Uruguay.

Between the mid-seventies and early nineties of the last century, almost all countries had to face neoliberal reforms - including countries with social democratic regimes like Sweden or Finland - especially on issues such as eligibility criteria for being beneficiary of a service, or the introduction of co-payments for services that were entirely financed through taxes (Swank, 2002). However, some of the main strengths of the Welfare States are its institutional persistence, which basically consists of formal and informal institutional veto points, , and the processes of path dependence; they both tend to shield established public policy configurations of this type of practices (Pierson, 2006).

If we analyze the restructuration of contemporary Welfare Regimes, the proposal is to analyze their changes along three dimensions: 1 – re-commodification; 2 - cost containment; 3 - recalibration (Pierson, 2006). According to this author, the different welfare worlds of Esping Andersen have developed different dynamics of reform. Briefly, in liberal Welfare Regimes, clearly prevailed the re commercialization processes. However, in the corporate regime, recalibration has prevailed, since reforms in general need to reduce the tax burden from wages as a source of financing welfare policies, while the labor market should be reoriented so as to allow greater inclusion for women. Finally, cost containment is the reform dimension with greater presence in the social democratic model.

If we look at the instruments that countries with conservative regimes have in common, they are: 1- access to social protection based on formal employment and wage contributions associated with it; 2- social benefits to which people have access, which are based on direct money transfers, proportional to the contributions made; 3- funding directly associated with the level of contributions, which, therefore, depends on the level of employment in the economy; 4- management of resources and benefits by public structures, which broadly incorporate certain social actors to provide such management (Palier & Martin, 2008).

So, in general, it could be said that corporate welfare schemes possess intrinsically a weak sustainability basis, determined by the strong dependence of benefit levels and their coverage on the context of economic growth and high employment levels. Moreover, great benefits for those inside the protection system imply a strong segmentation between insiders and outsiders, and are, therefore, part of the explanation of why it is so difficult to reform these schemes: insiders' resistance to any threat to change the status quo will be very strong, and with high political and electoral costs.

After part of traditional literature on Nations and/or welfare regimes was reviewed, with their characteristics and historical evolution, it is necessary to reaffirm some issues of particular interest for the rest of this paper:

Broadly, the literature reviewed is more than enough to confirm the conditions that made possible the emergence and consolidation of these regimes, as well as their ability to block or obstruct certain changes, particularly those related to cuts on benefits or simply to the withdrawal of the State in this functions.

This foundation is particularly strong in corporate regimes and in the Southern European countries, which have been characterized by a virtual "freezing" of their structures for the provision of social goods and services, although this notion has been more apparent than real (Häusermann, 2010) and the adjustments in these cases have been constant.

In this regard, literature has shown some problems to analytically demonstrate two situations: firstly, even in the context of greater inertia and aversion to change, reforms have occurred, and, in many cases, they have been radical. Being that the core of the explanations of change have been cuts or retreat situations, such explanations have not considered as a research problem the question of which conditions (in terms of power coalitions, institutional arrangements, actors) determine or facilitate the Welfare expansion into new political, economic and social contexts previously described.

**Chapter IV** was intended to provide a brief discussion on the relevance of the concept of welfare regime in Latin America, reviewing the main features and differences between systems in the most developed regions. Reviewed these historical processes, they were mainly observed in the Uruguayan state-building, being the narrative focused on the shaping of the structure of social protection. The intention of this section was to provide some general principles that would cooperate with the understanding of the evolution of the health system in Uruguay.

The first point that stands out is the possibility to talk about welfare regimes in Latin America; with its special features – like the high level of informality – but also with their contact points with the schemes developed in other parts of the world, particularly in the Southern Cone countries - with corporate cutting structures -. These cases can perfectly complement existing literature on institutional reforms of provision, regulation and financing of welfare.

---

299

The problems associated with welfare regimes in this region can be explained by the fact that these regimes attempted to use models based on socio-economic livelihood, and even cultural factors, that did not exist in Latin America. In this sense, the foundations on which were supported the various instruments of social intervention in Europe, such as the rapid development of industrialization, urbanization of their societies, the formal labor market and even the prominence of 'traditional' households, were never that popular in Latin America (Filgueira, 2007). This clearly created a gap between the welfare structures that Latin American countries began to build and the risks this structure was facing.

That is why the typology of welfare regimes can be expanded to new families like "Informal Security Regimes", proposed by Gough & Wood (2004). One of the main characteristics of these countries is their precarious component mentioned above. The consequence of this type of stratification is a greater emphasis on the vulnerability of groups with less capacity to escape from poverty or destitution.

Secondly, the review of the historical development of these schemes raises a number of issues or features that is worth noting. Clearly, Latin American States have dealt with different structures of provision of goods and services that often disputed a space

of relevance, and especially steering, of different social policy arenas. This situation, together with the inherent weakness of state institutions to act autonomously over different corporate interests, determined the latter to cover these spaces throughout the twentieth century. In short, the unbalanced institutionalization based on corporate arrangements, although in a context marked by strong economic growth, social inequities and a widespread informal employment market, have hampered the consolidation and efficiency of these schemes.

In relation to the processes of restructuration of European welfare regimes and the Anglo-Saxon world, reforms in Latin America have followed the principles largely disseminated by various international financial organizations - particularly during the eighties and nineties - which were clearly oriented towards the re-commodification of social public services. However, in this case also, the depth of these efforts was mediated by institutional frameworks. Therefore, in most cases, these reforms failed to break with historical patterns.

In the last decade, however, access to the governments of political parties identified with center-left models of the European social democratic style, such as Uruguay or Brazil (Panizza, 2005), and left-leaning parties like Argentina, Bolivia and the Equator, has sought to reverse neoliberal policies that have not only solved the problems they were facing, but in many cases worsened them. A quick look into these processes leads to the conclusion that these attempts, even managing to reverse re-commodification trends, have failed to establish serious attempts of structural reform oriented to universalistic or social conceptions of social policies.

---

300

Finally, in relation to the construction of the "social state" in Uruguay, as a way to contribute to the understanding of the formation and evolution of the health care system in the twentieth century, the main points to consider are: firstly, the fundamental impact of political parties in shaping the different state institutions and government mechanisms. In this sense, the political and institutional framework of the Uruguayan social area can be characterized by the existence of multiple veto points, reinforced by decision mechanisms based on negotiation and partnership of different stakeholders. Furthermore, regarding the role of the state in providing social utility, it assumed the provision of basic services such as primary education or different social security schemes, with a corporate profile, though with wide coverage, which tended in most cases to the universality of coverage. However, the fluctuations in employment conditions and levels strongly conditioned this factor.

**Chapter V** presents the different models of public management prevailing in contemporary debates on public administration, with particular attention to the so called "post bureaucratic" tendencies: New Public Management and Neoweberianism. Moreover, the different management tools linked to the provision and funding of social goods and services, particularly those instruments that are globally used in the

field of health care, will be introduced. Once health care is considered a public good, this factor will necessarily imply a certain level of involvement of State institutions on the organization and management of the provision of health services.

This chapter has allowed the introduction of a number of issues that keep introducing the main dimensions to be used in the analysis of the design and implementation of the National Integrated Health System in Uruguay. In this sense, it is clear that the different administrative reform processes have a political nature and, therefore, that the adoption of one alternative or the other will have profound effects over the characteristics of the programs implemented by any government. The past decades have produced a hegemonic paradigm in this area, known as New Public Management. However, even though the vast majority of the governments were victims of similar problems, and, therefore, the pressure for reform also resembled each other, the fact is that many of the results of the reforms actually implemented, differed substantially according to the previous context.

Thus, the successful adoption of the appropriate model of administrative reform strongly depends on previously existing institutional framework, in relation to the configuration of agents involved or power resources available for each of them. This is how we get to the existence of an analysis of institutional change similar to that used to understand the movements on social welfare policies. It is therefore not surprising that cases and examples quoted by the public management literature to describe different ideal types identified – NPM and Neoweberianism primarily – are very similar to the clusters of welfare regimes exposed in Chapter III.

---

301

Following this line, it can be seen how those countries which were able to follow rather successfully strong managerialist reforms – such as the United States, New Zealand and the UK – are those with residual welfare structures, and that have been able, at the same time, to promote more radical reforms in terms of cost withholding or directly re-commercialization of some social services. In such cases, the structure of a majority electoral system, which encourages a two-party system and other macro institutions, tends to facilitate the adoption of bigger institutional changes, and, at the same time, to reverse them just as easily.

In return, on the opposite side of this series of reforming capacity, there could be found Central and southern Europe countries – Germany and France, among others – where corporate and conservative welfare regimes have been built. These protection schemes have presented major difficulties to adapt to new risks and challenges. Despite this, these countries have succeeded in promoting reforms, being characterized by their incremental and recalibrating existing policies – although this has not necessarily inhibited the realization of major changes in the supporting basis of the regime. It is in these countries where the public administration literature has found greatest resistance to the changes promoted by the dominant managerialist paradigm,

since, among other things, the actors mostly affected by these reforms have a strong veto power.

Finally, the Nordic countries, which have developed universal and strongly de-commercializing schemes of social care and protection, have tended to steer a middle course of recalibration and cost containment, in many cases, from strategies of managerial shift. However, the main difference between the most radical cases of managerial reform is that changes promoted in countries like Sweden and Norway have tried to preserve certain characteristics that constitute the overall scheme, such as maintaining a "public umbrella" – and also a political one, in great measure – on welfare and leading of government institutions.

These differences refer, at the same time, to the last set of concepts exposed in this chapter, related to more specific management tools: within the current context of rapid dissemination of ideas and experiences, it is often difficult to identify extremely different instruments or tools. On the contrary, the convergence that may be seen at first actually hides a number of nuances so important that can, for example, define and influence the outcome of different policies.

On a different note, **Chapter VI** consists of a review of the different models of organized health care and the dimensions that lie behind these configurations of services, both in countries of high human development as in Latin American ones. Of particular relevance to this work is to determine the role of the State in the different cases analyzed, as well as the challenges faced by each system, and the rehearsed answers to solve them.

Literature on this matter seems to bear a broad consensus on what the main dimensions of health systems are and which the functions of the State institutions in health care are: financing, provision and regulation (Grimmeisen & Rothgang, 2004, Wendt et al, 2009). Starting from these dimensions and from the different roles each agent - whether governmental, private or social - has in such dimensions, is that different typologies that reflect the diversity of health systems have been built.

The main typology adopted for this work is constructed from the role performed by the three key players in this process (State, society and market) in fulfilling the three core functions of health systems (Wendt et al, 2009). Each of these functions can be performed by any of these actors. The crossing of these variables provides a typology consisting of, on the one side, categories that match "ideal-type" (State, Societal and Private Systems). At the same time, within each ideal type, mixed type systems exist. This typology allows placing the studied cases within a continuum, in order to determine the orientation that changes are taking in different health care systems over time, as is the case of Uruguay in this particular paper.

Having checked the different typologies of contemporary health systems, both in Latin America as in most developed countries (Wendt, 2009; Wendt et al, 2009; Londoño & Frenk, 1995), it was noted that there are significant differences in terms of provision, insurance, financing and management of health care services, and that these differences are strongly conditioned by institutional frameworks, despite the existence of endogenous and exogenous pressures shared in this field of policies. The adoption of adjustment reforms and the transformation of existing schemes, puts into question the historical role of the different agents in the system, but fundamentally, challenges the state and its ability to adapt and change.

In Latin America, the consolidation in several countries of a provision structure with quasi markets inevitably implies the State to be forced to develop a range of skills to cope with the new role of regulator that it must confront. In this sense, the State is less and less a direct provider, becoming, on the contrary, a purchaser of services to third parties, being these private or nonprofit communitary entities. In this new context, the link between the state and providers begins to take place once contracts are signed. However, this method presents to the buyer (State) a number of requirements to be met: *"... ability to analyze needs and the effectiveness of procedures, establishment of priorities, ability to translate priorities into a social policy issue (...) , into detailed specifications and quality standards, product specification capacity and performance monitoring, controlling of adverse selection by providers ..."* (Sojo, 2000).

303

To avoid the latter, risk selection consists of the incorporation, by payment methods, of adjustments, according to different risk groups. But, regardless of the implementation of such mechanisms, the tendency of some of these reforms – like the ones in Chile or Colombia – to strengthen a health system consisting of the responsibility for the coverage of people with higher social and health risks, and of those who lack the financial resources to be assisted through the private health market, incentives the risk selection but also a regressive tax structure (Sojo, 2000). This structure bans the possibility of a support coalition between middle classes and the most vulnerable groups, as it exonerates people with more resources from contributing to the public subsystem.

The insurer which *cream-skims*, merely delegates cost to other insurers or to the public sector. Thus, the aggregate result is of no gains in terms of social welfare (Alonso, 1999). Therefore, the system is not being efficient – which was one of the main objectives of health reform –, as it is prioritizing the individual efficiency and not the systemic efficiency of all involved agents (Narbondo, 2003).

As for reforms of the health sector, Latin America has not been the exception, especially from the eighties on, when the consequences of neoliberal reforms reached almost every corner of the globe. At the highest point of uncertainty of the State's role in providing welfare and development models or developmental Keynesians, the



health sector was not oblivious to this situation. Thus, the objectives of these reforms were: more efficient use of resources, control of the steady increase in prices of medicines and of some treatments, among others; but Latin America had other problems that differed from those in other regions: lack of coverage and attention to important segments of the population and a huge heterogeneity between regions within the same country.

There are significant differences between the series of reform, many times because they respond to different paradigms of change - one of residual kind and another one of universalist kind -, which are strongly associated with the key players who led processes. While the residual paradigm was dominant during the first series, led by economy ministries and international financial institutions like the World Bank, the IMF and the IDB as its main promoters, the second series, when health ministries gained more political power, promoted, along with agents such as ILO, PAHO or WHO, reforms more focused on public health and on the guarantee and coverage of social rights (Barba, 2011; Mesa Lago, 2008). Since the mid-nineties, with the third series going on, it could be said that these reforms attempted in some way to supplement the previous approaches (Maceira, 2007).

In these reforms, among which could be mentioned the Uruguayan case, the main objectives were: universal coverage of the excluded social security systems; reforming health general laws; the recognition of the existence of a mixed system of financing and provision of services and also the recognition of the limitations of the public sector as a provider, being needed that the performance of the private health sector is given within a framework of regulated cooperation.

---

304

The construction and historical development of health policy in Uruguay is exposed in **Chapter VII**. This evolution is essentially descriptive, but different features related to the consolidated Uruguayan health care system throughout the twentieth century were also expressed. One of the main points developed is the search for different sector reform efforts throughout the twentieth century. Also, for the cases in which the information needed was available, the characteristics of the suggestions and some politic positions around them were presented. While this tour begins almost at the beginning of Uruguay as an independent country, the fact is that special attention was paid only to the past 25 years, comprising the period after the military dictatorship that hit the country between 1973 and 1984. This chapter ends with a situation map of the context that Dr. Vazquez's government had to face in relation to health care issues.

The review of the exposed material allows to characterize the configuration of health services in Uruguay with a clear dual component, where assistance to formal workers, their families and those who can face the costs of health care is put into action by collective nonprofit health care institutions (Instituciones de Asistencia Médica

Colectiva, “IAMC”), and in which those who lack enough resources to finance these costs are assisted by public agents.

This organization was set out since the late nineteenth century with the emergence of various organizations of mutual type – mainly based on immigrant groups – that grew and improved in the subsequent decades, in a complementary way with a weak State presence, mainly in the field of regulation of these welfare activities. In general, the constant ruling that sought to mark a major State presence in controlling the performance of the mutual system was mostly confined to the legal recognition of situations or realities that had been imposed in practice.

Another unique feature of the historical evolution presented, is the fact that virtually every major policy and institutional change that made it through the legislative sphere, did so in non-democratic contexts. As examples of this point, it could be mentioned the very creation of the Ministry of Public Health in 1934 and the renewal of the regulatory framework of the IAMC together with the creation of the National Resources Fund during the period 1973-1984.

The third point to be considered is the persistent concern to reorganize, or, more precisely, to reform existing health services, in matter of provision, financing and management. These proposals were basically located between the creation of a National Health Insurance, and more ambitiously, a National Health System. As already mentioned, none of these proposals – for different reasons – got through the first parliamentary stages, which gives the Legislature a veto point absolutely relevant to understand the success or failure of the various reformist attempts, due, among other things, to the fact that, in the context of Parliamentary Committees, different actors exercise their abilities of pressure and lobby, plus the fact that a significant number of lawmakers are physicians, which complicates the scenario even more.

**Chapter VIII** is used to introduce the Health Reform implemented in Uruguay: its objectives, proposals, their connection with analysis and proposals of the various groups involved in the sector, the acceptance of the proposed law by the Legislative Branch (changes, interruptions, rejections, supports) and the implementation of the Integrated National Health system (consisting of organizational changes at the Ministry of Public Health, system regulation, the link between political power and providers and so on). It also presented some of the results of such implementation, seeking to emphasize its impact on equity of access, increased care coverage and financial and management conditions of the different providers – both public and private –, to finally evaluate if there actually was a change in the previous balance between the public and private sub-sectors.

The Frente Amplio’s victory in the elections of 2004 presented an opportunity to carry out a series of structural reforms in various key areas of the general development of

Uruguay. Undoubtedly, the health care sector was one of them, and the approval and beginning of the implementation of a National Integrated Health System seems to prove that something did change thanks to this victory. For this, the political process, which must necessarily pass the reform bill, was marked by the involvement of various agents, some with competing interests and a clear interest in negotiation.

The election campaign had as main focus the consequences and political responsibilities in relation to the strong economic and social crisis that had its most dramatic point in 2002. Then, poverty and indigence records soared: extreme poverty rose from 2.03% in 2001 to 5.99% in 2004, while poverty levels in the whole country went from 27.01 % to 40.96% in the same period (Borgia, 2008). The Frente Amplio's electoral growth was mainly produced by two simultaneous processes: firstly, the generational change of voters, and secondly, an important slowdown in the electoral discourse and programmatic offer, which, in this way, meant competition to the other parties as for a significant portion of the center or center-right electorate.

Similar to other sectors of the social area, the specific landscape of health in the country was suffering a strong sectorial crisis, both in the public and private sub-sectors. According to a report by the Ministry of Public Health at the beginning of the government, the main health care system's problems could be summarized as follows: stagnation of the population's health indicators, a new epidemiological risk structure, prevalence of a care model of curative and assistential type, multi-tasking of health staff- which conspires against the quality of health care-, permanent financial crisis of the mutual system, difficulties to access and effectively use care services, poor organization of the financing system, unbalanced distribution of available health resources, crisis in the users' trust and weak performance of the roles of regulator and health authority over the entire system developed by the Ministry of Health(MSP, 2009).

---

306

One month after the beginning of the government, the Ministry of Public Health created, by decree, the "Advisory Council for the implementation of the Integrated National Health System". There, various issues were debated, organized in three main lines of change: the finance model, the model of care and the management model. This space reflected a factor that characterized the negotiation process of this government: openness to the involvement of multiple organizations linked. It was in this context that the major reform initiatives began their process, and where the government could build the outline of possible alliances and actors or veto points to those alliances, while for the other actors - mainly providing companies and physicians -, the Advisory Council could be used to express their opinions and claim for their interests.

The rules and regulations of the SNIS were then composed by three laws considered its "Mother Laws" of reform: Law N° 18.161, which established the decentralization of

ASSE, Law N° 18.131, which created the National Health Fund, and Law N° 18.211, which effectively created the National Integrated Health System in 2007. Within this legal structure of the new system, it is noteworthy the importance of the sequence of changes that would somehow pave the way for effective implementation.

A counterpart inherent in this style of making politics was to quit or attenuate certain changes in some cases, and to postpone certain conflicts in others. In this way, until the end of 2009, the health care sector saw a new expansive stage, characterized by the increase of economic resources from all actors in the system, and the addition of a large number of citizens to an effective coverage. However, potentially conflicting situations like the configurations for certain privileged groups, as the assurance schemes for professional bodies like notaries or the police and militia, were not affected during this period of government (Fuentes & Setaro, 2011).

The "script" for the health care sector in the second term of the Frente Amplio, led by José Mujica, was in some way determined by the government program defined in 2008, in the Congress "Zelmar Michelini". There, the main points for the health care sector were: to strengthen the authority of the State over the whole health industry, to reinforce ASSE and the rest of the public subsystem, to promote the social participation of users and workers, to consolidate the new model of care, the effective universalization of a national health insurance, and enhancing the education and training of sectorial workers. As it can be seen, all the points mentioned make reference to the changes initiated in the previous period of government, which, nevertheless, failed to finish their consolidation. It is expected that, in order for the reform to achieve sustainability in the medium term, it still may have to face strong opposition from some of the most important agents.

307

---

Finally, in **Chapter IX**, it is intended to determine whether or not the new system has consolidated certain substantive elements that imply a significant change in the welfare regime of Uruguay, and if changes on the management and on the service provision model of health care are aligned with these aspirations. In sum, it analyzes what kind of institutional change has determined the creation of the NHIS, and which were some of the factors that explain this result.

## Conclusions

Overall, the case of the health care sector in Uruguay carries almost all the factors and concepts embodied in the theory of Historical Institutionalism in order to understand the institutional stability. However, as recognized by some other part of the literature reviewed and presented in this paper, these characteristics have not hindered, in any way, the realization of changes. Therefore, the freezing mentioned several times is actually more virtual than real. This is because, as we have seen in previous chapters, the path dependence and other principles, such as increasing returns, have

determined the achieved changes to be attenuated for existing historical structures. The result of these movements, so far, can be hardly labeled as radical transformations. In reality, the situation is an attempt of adaptation and reconstruction of the existing array.

In sum, although the notions of path dependence, increasing returns and lock-in effect - characteristics of studies using Historical Institutionalism-, can be seen in the Uruguayan case, it is also true that Frente Amplio's victory in the election of 2004 was a very important opportunity for reforms, and not only for the health care sector. According to much of this literature, we can say that, in the case of Uruguay, the new government had oriented all favorable external conditions to the implementation of certain type of structural reform. This point confirms that, regardless of the presence or absence of certain contingencies, opportunities are mostly generated by institutionalized events like elections (Howlett, 2009).

Political efforts from the Frente Amplio's first government in the field of health care were focused on the negotiation and adoption of a new health system: the SNIS. Both, its objectives and its main lines of action, together with the government's reformist stance as a whole, could foresee that the reform was moving towards a structural transformation of the health care system in Uruguay. This process can be considered successful in its first instance, as it has managed to promote broad political and social agreements in a sector characterized by its virtual freezing and abundance of institutional veto points. Therefore, in this flexible handling of the political process and in the formation of a coalition program, are the answers to the first question posed at the beginning of the chapter.

308

---

However, in some areas of reform, this success was much more settled in discursive terms than in actual transformations. According to what was exposed in this paper, this was mainly due to the fact that the reformist coalition was quickly broken apart, as the topics dealt with were threatening to break the existing power structure within the system, characterized by wide margins of autonomy of private providers and a historical State weakness in regulating the sector. To a large extent, this first assertion may be due to the way in which institutional frameworks allowed the main groups, which would potentially see their interests damaged, to activate the necessary veto points to impede these resolutions. Thus, a reformist coalition that initially appeared as very broad and powerful was quickly deteriorated.

Nevertheless, in relation to the second question – kind of changes and reasons for these –, the earlier assertion cannot lead to the assumption that the case of the health care sector is an example of Uruguayan paralysis or simple lock changes. The implementation of the SNIS itself brought about several changes, many of which were implemented relatively successfully, like those related to the financing model; but these changes fostered institutional reproduction (Streeck & Thelen, 2005) and

recalibration (Pierson, 2006) of the system historically built in the country. Therefore, this case study reveals that, in terms of health care policy, the Uruguayan case provides elements to confirm the usefulness of the framework of analysis chosen for Latin American cases, at the same time that it seems to confirm that many of the conclusions the Historical Institutionalism literature has reached for retrenchment contexts of welfare schemes, are also valid to explain reforms in contexts of expansion or reconstruction of welfare, leaving aside the permanent austerity.

So, beyond the fact that many more changes have had a positive impact on the coverage and quality of health care of large segments of the population, the truth is that the observed changes do not constitute progress towards a paradigm shift, but have, instead, recalibrated the previous structure adapting it to a new environment, and also that, only in some very specific dimensions, certain transformations which can lead to a gradual replacement of existing institutions have already begun.

In this sense, the changes that have been implemented more easily and quickly to some extent, are those that have provided solutions to the problems faced by the system, specially the financial ones, but that did not involve major changes in relation to the previous system. On the contrary, what authorities call the "second stage of reform" – referring to a progress in changing management and attention models–, has presented a number of important drawbacks and blockades which have shown, in some cases, the breakdown of the coalition promoting the SNIS.

309

---

This has led some members of the government and non-medical staff unions to manifest that the health care reform is at risk of survival, in the sense that it fails to solve issues that are critical to workers, such as long waiting lists or large differences in the prices of copayments, established by providers.

The strengthening of the previous model brought by the reform, raised a number of questions related to the viability and sustainability of the system, like, for example, what would happen to the resistance of the reform when facing a changes in the conditions that facilitated its implementation. For example: a new economic crisis that would trigger the number of the unemployed, a future government of the Frente Amplio without majorities or a future government without the Frente Amplio. These issues, as well as the comparison of this process to other local, regional, or even national reforms in different areas of public policy, will be the subject of future researches.

Finally, it remains the question of the direction that the restructuration of the general matrix of social protection in the country will take. Returning to the proposals expressed in previous chapters, Uruguay has built, all along the twentieth century, a certain type of stratified universalism structure, strongly corporative and, therefore, quite similar to the Mediterranean subtype identified by specialized literature. In

health care, instead, while the Mediterranean countries built, during the eighties and nineties, Beveridge oriented health care systems – National Health Systems –, in Uruguay the system came much closer to a Bismarckian type of structure.

Reviewing the main reform categories of welfare regimes theorized by Pierson (2006), the SNIS has definitely not incorporated any re- /commercialization-oriented change, but neither seems to have made big efforts to de-commercialize, as established by Midaglia & Antía (2007). Actually, coverage is – in the case of dependent children or partners – still directly or indirectly dependent on the individual's belonging to the formal labor market. This point is not, in any way, incompatible with the progress in the field of universal coverage. But this universality is guaranteed by the existence of a public sector that acts as a safety net for those excluded from the labor market.

Therefore, as there is no freedom of choice of providers by this last segment of the population; nonprofit private providers do not have a need for socioeconomic skimming attempts, being that the attention of the less attractive users is exclusively of public providers. Moreover, the massive increase in users of different providers (IAMC) has made people with higher purchasing power to be encouraged to leave IAMC and join the private providers for profit insurances.

The reasons for this happening are related to the deterioration of the quality of their care provider and to the benefits that reform changes brought by allowing the user to take its capitation to the private insurance, and thus attenuating the cost increase. In sum, the dualism of the pre-reform system with the changes quoted so far raises the risk of further fragmentation of the system, thus enhancing class differences: poor public sector covering poor people, a private nonprofit set of providers bringing better quality to formal workers and their families – lower middle classes – and a high-quality private sector for more and more middle-class users and the wealthiest ones.

In this sense, as presented throughout all of the paper, it emerges the following assertion: while discursively, and in some sectors formally, the construction of a National Integrated Health System implied an approach aimed to the building of a Beveridge system, the implementation of the policy has determined, so far, that it seems to be a recalibration aimed to strengthen certain Bismarckian components of the former system. In this way, the task seems to be oriented to enhance and increase the performance of this configuration, given, for example the universal coverage with logic of insurance rather than based on citizen rights. Therefore, in relation to the direction to be taken by the welfare structure starting from the health care system, the conclusion is that the historic Uruguayan conservative matrix will remain for a long time.

## ANEXO 2: Pauta orientadora de las entrevistas

### Para integrantes del gobierno/Frente Amplio

#### Historia

- ✖ ¿Cuál cree que han sido históricamente los principales problemas de la atención sanitaria en Uruguay?
- ✖ ¿Por qué cree que en Uruguay históricamente ha sido tan difícil implementar cambios estructurales en materia sanitaria?
- ✖ A su juicio: ¿Cuál ha sido el rol de los distintos actores del sistema (médicos, empresas, políticos, trabajadores) en esta situación?
- ✖ ¿Por qué la descentralización de ASSE fue considerada unánimemente como una necesidad del sistema a lo largo de la post dictadura?
- ✖ ¿Cómo afecta al sistema el doble rol de los médicos (empresarios/trabajadores)?
- ✖ En cuanto a un proyecto particular de reforma: ¿Por qué cree que fracasó la propuesta de reforma durante la Administración de Alfredo Solari en la segunda presidencia de Sanguinetti? ¿Dónde se encontraron las principales resistencias?

#### Génesis del SNIS y proceso político

- ✖ ¿Cómo se construyó la propuesta de reforma del FA? ¿Quiénes intervinieron?
- ✖ ¿Se tomaron en cuenta experiencias internacionales?
- ✖ ¿Cuál fue el rol – si es que tuvieron – que jugaron los OFIs?
- ✖ ¿Cuáles cree que fueron las condiciones que ayudaron a la aprobación del SNIS?

---

311

#### Implementación y funcionamiento del SNIS

- ✖ En líneas generales: ¿Cómo evalúa al SNIS? ¿Logró resolver algunos de los problemas existentes?
- ✖ ¿Quiénes ganaron y quiénes perdieron con la reforma?
- ✖ ¿Ha logrado a su juicio una mayor integración de las distintas partes del sistema?
- ✖ ¿Ha mejorado la calidad de los servicios?
- ✖ ¿Cómo evalúa la forma de financiamiento adoptada? ¿Contribuyó a salir de la crisis del sistema?
- ✖ ¿Cómo evalúa el rol del MSP en el proceso de implementación del nuevo sistema?
- ✖ ¿Qué capacidades tiene o construyó el MSP para hacer efectivo el control del cumplimiento de los contratos de gestión? ¿Qué capacidad existe de intervenir en la gestión?
- ✖ ¿Considera que el MSP efectivamente ha llevado adelante las tareas de fiscalización que le competen?



- ✖ ¿Cómo evalúa la disponibilidad de información con la que cuentan los usuarios del sistema? ¿Cuál es el ideal al que aspiran? ¿No puede caerse en el error de “proteger” empresas deficitarias?
- ✖ ¿Cuál ha sido la actitud de los funcionarios ante los cambios propuestos?
- ✖ ¿Cuáles fueron los principales bloqueos que sufrió la implementación del SNIS? ¿Por quienes? ¿En qué áreas?
- ✖ ¿Qué ajustes o cambios le realizaría al nuevo sistema?
- ✖ ¿Qué tan viable es este sistema en el mediano plazo? ¿Resistiría un gobierno de otro partido? ¿Por dónde vendrían los cambios o ajustes?

#### Cuestiones a mediano plazo

- ✖ En cuanto al financiamiento del sistema: ¿Cómo cree que debería ser el mismo? ¿Está proyectado un cambio hacia rentas generales o se piensa continuar basado en los aportes de la seguridad social?
- ✖ ¿Está pensado cambiar la lógica de servicios corporativos como la sanidad militar y policial? ¿Considera que esta configuración tiene algún impacto sobre la equidad del sistema?
- ✖ ¿Cómo se piensa a futuro el rol del mutualismo en el sistema? ¿Advierte cuestionamientos referidos a su centralidad?
- ✖ ¿Y el cuasi monopolio gerencial de los médicos?
- ✖ ¿Se aspira a una mayor regulación del sector de seguros privados o no? ¿En qué sentido se avanzaría? ¿Es un esquema compatible con los principios del SNIS?
- ✖ ¿Cómo evalúa el rol de las tasas moderadoras? ¿Deben existir? ¿Con qué formato?
- ✖ El MSP es uno de los pilotos para la Reforma del Estado: ¿Cuál es el plan de reforma administrativa de esta gestión? ¿Qué modelo se intenta implementar?

312

#### Cuestiones generales

- ✖ ¿Cómo evalúa la existencia del pago por acto médico y su relación con los postulados generales de la reforma?
- ✖ Según su opinión: ¿Cómo deberían ser retribuidos los médicos?
- ✖ ¿En qué medida el SNIS implica un avance hacia un cambio de la matriz de bienestar, o por el contrario refuerza la existente? En caso de estar cambiando: ¿En qué dirección?

#### **Para actores externos al Estado (médicos, empresas, trabajadores, usuarios)**

#### Historia

- ✖ ¿Cuál cree que han sido históricamente los principales problemas de la atención sanitaria en Uruguay?

- ✖ ¿Por qué cree que en Uruguay históricamente ha sido tan difícil implementar cambios estructurales en materia sanitaria?
- ✖ ¿Por qué la descentralización de ASSE fue considerada unánimemente como una necesidad del sistema a lo largo de la post dictadura?
- ✖ ¿Cómo afecta al sistema el doble rol de los médicos (empresarios/trabajadores)?
- ✖ A su juicio: ¿Cuál ha sido el rol de los distintos actores del sistema (médicos, empresas, políticos, trabajadores) en esta situación?
- ✖ En cuanto a un proyecto particular de reforma: ¿Por qué cree que fracasó la propuesta de reforma durante la Administración de Alfredo Solari en la segunda presidencia de Sanguinetti? ¿Dónde se encontraron las principales resistencias?

#### Génesis del SNIS y proceso político

- ✖ ¿Cuáles cree que fueron las condiciones que ayudaron a la aprobación del SNIS?

#### Implementación y funcionamiento del SNIS

- ✖ En líneas generales: ¿Cómo evalúa al SNIS? ¿Logró resolver algunos de los problemas existentes?
- ✖ ¿Quiénes ganaron y quiénes perdieron con la reforma?
- ✖ ¿Ha logrado a su juicio una mayor integración de las distintas partes del sistema?
- ✖ ¿Ha mejorado la calidad de los servicios?
- ✖ ¿Cómo evalúa la forma de financiamiento adoptada? ¿Contribuyó a salir de la crisis del sistema?
- ✖ ¿Cómo evalúa el rol del MSP en el proceso de implementación del nuevo sistema?
- ✖ ¿Cómo evalúa la disponibilidad de información con la que cuentan los usuarios del sistema? ¿Cuál es el ideal al que aspiran? ¿No puede caerse en el error de “proteger” empresas deficitarias?
- ✖ ¿Cómo ha sido la relación de las autoridades políticas con las gremiales médicas, los trabajadores, los usuarios, los prestadores?
- ✖ ¿Qué ajustes o cambios le realizaría al nuevo sistema?
- ✖ ¿Qué tan viable es este sistema en el mediano plazo? ¿Resistiría un gobierno de otro partido? ¿Por dónde vendrían los cambios o ajustes?

#### Cuestiones a mediano plazo

- ✖ ¿Qué opinión tiene de los esquemas corporativos de atención?
- ✖ ¿Cómo se piensa a futuro el rol del mutualismo en el sistema? ¿Advierte cuestionamientos referidos a su centralidad?
- ✖ ¿Cómo evalúa el rol de las tasas moderadoras? ¿Deben existir? ¿Con qué formato?

#### Cuestiones generales

- ✖ Según su opinión: ¿Cómo deberían ser retribuidos los médicos?
- ✖ ¿En qué medida el SNIS implica un avance hacia un cambio de la matriz de bienestar, o por el contrario refuerza la existente? En caso de estar cambiando: ¿En qué dirección?

### **Para académicos/investigadores**

#### Historia

- ✖ ¿Cuál cree que han sido históricamente los principales problemas de la atención sanitaria en Uruguay?
- ✖ ¿Por qué cree que en Uruguay históricamente ha sido tan difícil implementar cambios estructurales en materia sanitaria?
- ✖ ¿Por qué la descentralización de ASSE fue considerada unánimemente como una necesidad del sistema a lo largo de la post dictadura?
- ✖ ¿Cómo afecta al sistema el doble rol de los médicos (empresarios/trabajadores)?
- ✖ A su juicio: ¿Cuál ha sido el rol de los distintos actores del sistema (médicos, empresas, políticos, trabajadores) en esta situación?
- ✖ En cuanto a un proyecto particular de reforma: ¿Por qué cree que fracasó la propuesta de reforma durante la Administración de Alfredo Solari en la segunda presidencia de Sanguinetti? ¿Dónde se encontraron las principales resistencias?

314

#### Génesis del SNIS y proceso político

- ✖ ¿Cómo se construyó la propuesta de reforma del FA? ¿Quiénes intervinieron?
- ✖ ¿Se tomaron en cuenta experiencias internacionales?
- ✖ ¿Cuál fue el rol – si es que tuvieron – que jugaron los OFIs?
- ✖ ¿Cuáles cree que fueron las condiciones que ayudaron a la aprobación del SNIS?

#### Implementación y funcionamiento del SNIS

- ✖ En líneas generales: ¿Cómo evalúa al SNIS? ¿Logró resolver algunos de los problemas existentes?
- ✖ ¿Quiénes ganaron y quiénes perdieron con la reforma?
- ✖ ¿Ha logrado a su juicio una mayor integración de las distintas partes del sistema?
- ✖ ¿Ha mejorado la calidad de los servicios?
- ✖ ¿Cómo evalúa la forma de financiamiento adoptada? ¿Contribuyó a salir de la crisis del sistema?
- ✖ ¿Cómo evalúa el rol del MSP en el proceso de implementación del nuevo sistema?
- ✖ ¿Qué ajustes o cambios le realizaría al nuevo sistema?
- ✖ ¿Qué tan viable es este sistema en el mediano plazo? ¿Resistiría un gobierno de otro partido? ¿Por dónde vendrían los cambios o ajustes?

### Cuestiones a mediano plazo

- ✖ ¿Cómo se piensa a futuro el rol del mutualismo en el sistema? ¿Advierte cuestionamientos referidos a su centralidad?
- ✖ ¿Cómo evalúa el rol de las tasas moderadoras? ¿Deben existir? ¿Con qué formato?

### Cuestiones generales

- ✖ Según su opinión: ¿Cómo deberían ser retribuidos los médicos?
- ✖ ¿En qué medida el SNIS implica un avance hacia un cambio de la matriz de bienestar, o por el contrario refuerza la existente? En caso de estar cambiando: ¿En qué dirección?

### **Agradecimientos:**

A Vale, por haber soportado durante todo este proceso demasiadas cosas...y sin embargo seguir junto a mí.

A Silvia, Gustavo, Gonzalo y Germán, por todo el cariño, el apoyo y la comprensión, dándole un enorme sentido a la palabra familia.

A Chechu, por transformarse en una gran amiga que quedó más allá de los dos años en Madrid, y por dejarme haber compartido, y sobre todo aprendido, con ella.

A Chelo, Ale, Alvarito, Frijol y Martín, por ser mis hermanos de la ciencia política y de la vida; por preocuparse, leerme, escucharme y todo lo que hacen los amigos.

A Pedro y Carmen, mis “padres” académicos, por confiar en lo que podía y puedo hacer.

A Mario, Ana, Diego, María y Daniel, mi familia adoptiva en Madrid que me abrió las puertas de su casa y me hizo sentir como si hubiera nacido allí.

A Fede Traversa, a quien le debo ser politólogo y estar entregando esta tesis, porque con cinco minutos de conversación me transmitió toda la pasión que se puede tener por una actividad.

A Xavier, quien se ofreció ser mi director y me permitió conocer a una gran persona, un excelente profesional, que me demostró el mayor de los respetos durante todo el proceso, y me ayudó a lidiar de la mejor manera con los problemas derivados de la distancia. Fue realmente un placer.